



9. ULUDAĞ DERMATOKOZMETOLOJİ günleri



09-12 Mart 2017

Karinna Otel - ULUDAĞ

www.dermatokozmetoloji.org



EDİTÖRLER

Prof. Dr. Hayriye Sarıcaoğlu

Prof. Dr. Şükran Tunalı

Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan

Prof. Dr. Kenan Aydoğan

Uzm. Dr. Serkan Yazıcı



Dermatokozmetoloji Derneği

PROGRAM ve ÖZET KİTABI

9. ULUDAĞ DERMATOKOZMETOLOJİ GÜNLERİ

**09 – 12 Mart 2017
Bursa - Uludağ**

Program ve Özet Kitabı

İçindekiler

Düzenleme Kurulu	4
Önsöz	5
Bilimsel Program	6
Konuşma Metin ve Özetleri	13
Sözel Bildiri Özetleri	62
Poster Bildiri Özetleri	71
İndeks	92

KURULLAR

ONUR KURULU

Prof.Dr. Zeki Palalı
Prof.Dr. Tülin Akan
Prof.Dr. Mehmet Ali Güner
Prof.Dr. Ahmet Yaşar Turanlı
Prof.Dr. Can Baykal
Prof.Dr. Oktay Taşkapan
Prof. Dr. Ertan Yılmaz
Doç. Dr. Güneş Gür Aksoy

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Şükran Tunalı - Eş Başkan
Prof. Dr. Hayriye Sarıcaoğlu - Eş Başkan
Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan
Prof. Dr. Kenan Aydoğan - Sekreter
Uzm. Dr. Serkan Yazıcı

ÖNSÖZ

Sayın Meslektaşlarımız,

Sizleri 09-12 Mart 2017 tarihleri arasında Uludağ Karınna Otel'de gerçekleştirdiğimiz, Dermatokozmetoloji Derneği ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nın ortaklaşa düzenlediği "9. Uludağ Dermatokozmetoloji Günleri"nde aramızda görmekten onur duymaktayız.

Dernek olarak, Dermatoloji Uzmanlık eğitim programında yer alması gerektiğine inandığımız "Deri bakımı ve kozmetik işlemler" konusunda ilk uygulamalı kursları 2000 yılında düzenlemiştik. Sadece Deri ve Zührevi Hastalıkları uzmanlık öğrencileri ile uzmanlara yönelik olan, sınırlı sayıda katılımcıya yer verebildiğimiz toplantılarımız, meslektaşlarımızın yoğun ilgisi ile büyüdü, gelişti. Bu toplantıda yeni başlayanlar için temel dermatokozmetolojik uygulamalar yanında, konusunda deneyimli meslektaşlarımızın algoritmik, kombine tedavi yaklaşımlarına da yer verdik.

Sizleri uygulamalı kursların ağırlıklı olduğu sempozyumumuzda konuk etmekten büyük mutluluk duyuyoruz.

Beyaz cennet Uludağ'da değerli katılımlarınızla bilimsel yönden doyurucu bir toplantı geçirmek umuduyla sevgi ve saygılarımızı sunarız.

Prof.Dr. Şükran Tunalı
Eş Başkan

Prof.Dr. Hayriye Sarıcaoğlu
Eş Başkan

BİLİMSEL PROGRAM

9 Mart 2017, Perşembe

09:00 - 12:00	Kayıt İşlemleri PANEL 1 DERMATOKOZMETOLOJİDE TEMEL BİLGİLER - I Oturum Başkanları: Dr. Akın Aktaş, Dr. Emel Fetil
13:30 - 13:50	Yüz anatomisi (Dermatokozmetolojik bakış) Dr. Dilek Bayramgürler
13:50 - 14:10	Botulinum toksini (BONTA) + Mezo BONTA uygulamaları Dr. Hatice Şanlı
14:10 - 14:30	Dolgu uygulamaları Dr. Hakan Erbil
14:30 - 14:50	Yeni peeling yöntemleri Dr. Berna Şanlı
14:50 - 15:30	Kahve Arası PANEL 2 DERMATOKOZMETOLOJİDE TEMEL BİLGİLER - II Oturum Başkanları: Dr. Fezal Özdemir, Dr. Serap Utaş
15:30 - 15:50	Roller uygulamaları Dr. Ercan Arca
15:50 - 16:10	PDO iplerle lifting Dr. Erol Koç
16:10 - 16:30	Lazer uygulamaları Dr. Meltem Önder
16:30 - 16:50	Lazer dışı cihazlar uygulamaları Dr. Gonca Gökdemir
16:50 - 17:10	Akılcı ilaç kullanımı (Dermatokozmetikler / Akne tedavi) Dr. İdil Ünal
17:10 - 17:30	Kahve Arası

17:30 - 18:30

Uydu Sempozyum - I

Dinamik ip askısı

Dr. Nezh Karaca

Oturum Başkanları: Dr. Sevgi Bahadır,

Dr. Sibel Alper

Ekson Farma

19:00 - 19:30

Açılış Töreni

19:30 - 20:00

Geleneksel Türk Süsleme Sanatımız: Kaat-ı

Dilek Erim Aydemir

20:00 - 21:00

Akşam Yemeği

10 Mart 2017, Cuma

PANEL 3
BÖLGESEL PROBLEME DAYALI
DERMATOKOZMETOLOJİK YAKLAŞIM - I
Oturum Başkanları: Dr. Yalçın Tüzün,
Dr. Nilgün Atakan

08:30 - 09:45 **Göz çevresi dermatokozmetolojik uygulamalar**

08:30 - 08:45 **Kırışıklık ve kaş şekillendirme**
Dr. Nilsel İter

08:45 - 09:00 **Pigmentasyon**
Dr. Murat Borlu

09:00 - 09:15 **Deri hastalıkları**
Dr. Seher Bostancı

09:15 - 09:30 **Torbalanma, göz yaşı oluşu ve göz kapağı düşüklüğü**
Dr. Recep Dursun

09:30 - 09:45 **Tartışma**

Sözlü Bildiri Sunumları
SB05 - 22 Ksantasma Palpebrarum Tedavisinde Er: YAG
Lazer Klinik Deneyimlerimiz
Dr. Şeyma Başar

09:45 - 10:00 **Kahve Arası**

PANEL 4
BÖLGESEL PROBLEME DAYALI
DERMATOKOZMETOLOJİK YAKLAŞIM - II
Oturum Başkanları: Dr. Şebnem Özkan,
Dr. Server Serdaroğlu

10:00 - 11:30 **Yüz, boyun ve el problemlerinde dermatokozmetolojik uygulamalar**

10:00 - 10:15 **Dudak ve perioral bölge**
Dr. Zehra Aşiran Serdar

10:15 - 10:30 **Çene**
Dr. Zekai Kutlubay

10:30 - 10:45 **Burun yanak**
Dr. Başak Kandi

10:45 - 11:00

Boyun - dekolte
Dr. Özlem Karabudak

11:00 - 11:15

Eİ
Dr. İlgen Ertam

11:15 - 11:30

Tartışma

11:30 - 12:30

Uydu Sempozyum - II
Kozmetik dermatolojide yeni yaklaşımlar
Dr. Gonca Gökdemir
Oturum Başkanları: Dr. Ertuğrul Aydemir,
Dr. Ayten Ferahbaş
Erdağı Medikal

12:30 - 13:30

Öğle Yemeği

13:30 - 18:40

UYGULAMALI KURSLAR

Kurslar	Uygulayıcılar	Moderatörler
Dolgu	Dr. Zekai Kutlubay	Dr. Göksun Karaman
Biolifting (Dolgu + Mezoterapi)	Dr. Gonca Gökdemir Dr. Ebru Sağlık	Dr. Şebnem Aktan
Gözüaltı Işık Dolgusu	Dr. A. Hakan Erbil Dr. Ercan Çalışkan	Dr. Nihal Kundakçı
Dinamik Dolgu	Dr. Erol Koç Dr. H. Bülent Taştan	Dr. Nuran Alı
Reformist Mezoterapi	Dr. Hande Ulusal	Dr. Başak Kandi
Peeling (Scar - Lifting)	Dr. Berna Şanlı Dr. Rossana Castellana	Dr. Mustafa Özdemir
Botulinum Toksin	Dr. Nezih Karaca	Dr. Emine Derviş
PRP - 1	Dr. Gaye Sarıkan	Dr. Ayça Cordan Yazıcı
PRP - 2	Dr. Nermin Filizci Varilsüha	Dr. Nilgün Solak
Altın İğneli RF	Dr. Evren Gökeşme	Dr. M. Turhan Şahin
Saten Yüz Germe	Dr. Deniz Koral	Dr. Pelin Koçyiğit
Fokuslu Radyofrekans ile Yüz ve Vücut Gençleştirme	Dr. Meltem Önder	Dr. Günseli Öztürk
Thulium Lazer Melazma Tedavisi	Dr. Pınar Cömert	Dr. Melih Akyol
Sarı Işık 577 nm	Dr. Burcu Yamangöktürk Solak	Dr. Muammer Seyhan
ICON non Ablative Erglass ve IPL ile Cilt Gençleştirme, Leke, Rosacea ve Akne Tedavisi	Dr. Siyamek Saleki	Dr. Ekin Şavk
4 Boyutlu Antiaging Programı	Dr. Dilek Başaran	Dr. Emel Erdal

19:30 - 21:00

Akşam Yemeği

11 Mart 2017, Cumartesi

08.30 - 09.45

PANEL 5

OLGU ÖRNEKLERİ İLE UZMAN GÖRÜŞLERİ – TARTIŞMA

Oturum Başkanları: Dr. Zafer Kurumlu,
Dr. Gönül Ergenekon

Dr. Zafer Kurumlu
Dr. Gönül Ergenekon
Dr. Zehra Aşiran Serdar
Dr. Gökhan Gökler
Dr. Abdullah Yıldız

Sözlü Bildiri Sunumları

SB01 - 4 Ayak Tabanı Nasırlarının Erbium-doped Yttrium Aluminium Garnet Lazer İle Tedavisi

Dr. Ali Balevi

SB03 - 11 Tüm Yüz Yaklaşımlarında Kombine Uygulamalar

Dr. Sabir Hasanov

PANEL 6

OLGU ÖRNEKLERİ İLE KOMPLİKASYON YÖNETİMİ

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Ali Gürer,
Dr. Serap Öztürkcan

09:45 - 10:00

Dolgu

Dr. Berna Şanlı

10:00 - 10:15

Bonta

Dr. Sibel Alper

10:15 - 10:30

İp

Dr. Recep Dursun

10:30 - 10:45

Lazer

Dr. Aslı Kaptanoğlu

10:45 - 11:00

Tartışma

Sözlü Bildiri Sunumları

SB02 - 10 Emilebilir İp Uygulaması Sonrası Allerjik Granülomatöz İnflamatuar Reaksiyon: Olgu Sunumu

Dr. Pelin Üstüner

**SB04 - 17 Cerrahi Sonrası Dudak Deformitesi Olan
Olguların Hyaluronic Asid Dolgu ile Düzeltilmesi:
İki Olgu Sunumu**
Dr. Zahide Eriş Eken

11:00 - 11:30

Kahve Arası

11:30 - 12:30

Uydu Sempozyum III
Hiperpigmentasyon ve melasma tedavisine yeni bir bakış:
Thulium lazer
Dr. Erol Koç
Oturum Başkanı: Dr. Yavuz Harmanyeri
Mayaform

12:30 - 13:30

Öğle Yemeği

13:30 - 18:40

UYGULAMALI KURSLAR

Kurslar	Uygulayıcılar	Moderatörler
Dolgu	Dr. Zekai Kutlubay	Dr. Güneş Gür Aksoy
Biolifting (Dolgu + Mezoterapi)	Dr. Gonca Gökdemir Dr. Ebru Sağlık	Dr. Rebiay Kıran
Gözüaltı Işık Dolgusu	Dr. A. Hakan Erbil Dr. Ercan Çalışkan	Dr. İnci Mevlütoğlu
Kozmetik Kamufaj	Dr. Kubilay Yücel	Dr. Emel Bülbül Başkan
Reformist Mezoterapi	Dr. Hande Ulusal	Dr. Savaş Yaylı
Peeling (Scar - Lifting)	Dr. Berna Şanlı Dr. Rossana Castellana	Dr. Arzu Kılıç
Botulinum Toksin	Dr. Abdullah Yıldız	Dr. Müge Güler Özden
PRP - 1	Dr. Hatice Erdem	Dr. Nahide Onsun
PRP - 2	Dr. Nermin Filizci Varilsüha	Dr. Kıymet Baz İnan
Altın İğneli RF	Dr. Evren Gökeşme	Dr. Bilal Doğan
Saten Yüz Germe	Dr. Deniz Koral	Dr. Özlem Dicle
Fokuslu Radyofrekans ile Yüz ve Vücut Gençleştirme	Dr. Meltem Önder	Dr. Şevki Özdemir
Thulium Lazer Melazma Tedavisi	Dr. Pınar Cömert	Dr. Işıl İnanır
Sarı Işık 577 nm	Dr. Burcu Yamangöktürk Solak	Dr. Sema Aytekin
ICON non Ablative Erglass ve IPL ile Cilt Gençleştirme, Leke, Rosacea ve Akne Tedavisi	Dr. Siyamek Saleki	Dr. Kenan Aydoğan
4 Boyutlu Antiaging Programı	Dr. Kiarash Ashrafi Heidarloo	Dr. Zerrin Öğretmen

20:00 - 24:00

Gala Yemeği

09:00 - 12:00

Otelden Çıkış

KONUŞMA METİN ve ÖZETLERİ

BOTULİNÜM TOKSİNİ (BONTA)+MEZOBONTA UYGULAMALARI (TEMEL BİLGİLER)

Prof. Dr. Hatice Şanlı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Botulinum toksini gram pozitif bir bakteri olan *Clostridium botulinum*'dan elde edilen bir nörotoksindir. 1980 yılında ilk defa Scott tarafından şaşılık tedavisinde kullanılmış, 1987 yılında da glabellar çizgileri iyileştirdiği gözlenmiştir. Daha sonra FDA tarafından birçok kozmetik ve kozmetik olmayan uygulamalarda endikasyonu onaylanmıştır. Klinik olarak kullanılan Tip A ve Tip B olmak üzere 2 serotipi vardır. Tip A (BONTA) en potent subtipidir. Kozmetik uygulamalarda FDA tarafından uygun görülen 3 farklı BONTA tipi vardır: Onabotulinum toksin A (BONT-ona), İncobotulinum toksin A (BONT-inco) ve abobotulinum toksin A (BONTA-abo). BONTA motor sinirlerin presinaptik ucunda nörotransmitter (asetil kolin) salınımını oldukça potent ve selektif ve geri dönüşümlü olarak inhibe eder. Sadece kas kontraksiyonlarına bağlı kırışıklıklarda (dinamik kırışıklıklar) etkilidir. Üst yüzde glabellar çizgiler (m. proserus ve korrugator), horizontal alın çizgileri (m.frontalis) ve Periorbital (kaz ayakları) (m. orbikularis okuli) çizgiler BONTA'nın en sık uygulama alanıdır. Orta yüzde nazal çizgiler, gingival gülme, sellülitik çene; alt yüzde perioral çizgiler, dudak köşelerinin aşağı doğru açılarak dönmesi (melomental fold), masseter, boyun ve dekolte bölgesinde uygulanma alanı vardır. Ona BoNT-A (Botox) glabella ve kaz ayakları için FDA onaylı, AboBoNT-A (Dysport) ve IncoBoNT-A (Xeomin) sadece glabella için onaylıdır.

Klasik botox uygulamalarında (korrugatör, depresör süpersili,proserus, süperior orbikularis , lateral orbikularis, frontalis) kas paralizisi için 2.0-2.5 ml SF ile dilüe edildikten (2-4 Ü / 0.05-0.1 ml) sonra uygun kaslara, uygun dozlarda enjeksiyon yapılır.

Sulandırma FDA tarafından prezervatifsiz %00.9 NaCl ile yapılmasını uygun görmüş ve konsantrasyonu da 4 Ü 0.1 ml olarak önermiştir. FDA, glabellada total doz: 20 U/0.5 ml, lateral kantal çizgi : 24U/0.6 ml belirlemiştir .

Toksin saklama koşulları FDA tarafından sulandırmadan önce: 2-8 °C de 24 ay, sulandırdıktan sonra 2-8 °C de 24 saat olarak önerilmektedir. Kullanıcılar tıpalanmış vial ve vialden enjektöre çekilmiş toksin -4 de 4-6 hafta ya kadar saklanabildiği görüşündedir.

BONTA uygulamalarında donuk alın, hareketsiz kaşlar, doğal olmayan görünüm istenmemektedir. Tek bir uygulama tekniği yoktur. Ancak **“sabit uygulama tekniği”** yaygın olarak kullanılmaktadır. Etkili uygulama için kas gruplarının saptanıp kişiye uygun yapılması uygundur. Bu nedenle daha doğal bir görünüm için dilüsyon azaltımı, doz azaltımı ve daha yaygın enjeksiyon veya sadece hedef kaslara enjeksiyon gibi teknikler geliştirilmektedir.

Mezobotox 1995 yılında geliştirilmiş 2000'li yıllarda **Mikrobotox** olarak adlandırılmış bir enjeksiyon tekniğidir. Mikrobotox tekniği OnaBONTA uygulayıcıları tarafından geliştirilmiştir. Dilue edilmiş Ona BONTA' nın, dermis içine veya dermis ile yüz kaslarının yüzeyel tabakaları arasına 0.8-1.0 cm aralıkla multiple küçük balon oluşturacak şekilde yapılan enjeksiyonları şeklinde uygulanır. Alttaki yüz kasları paralize olmaz ama kasların yüzeyel lifleri zayıflar dolayısıyla yüzeydeki ince çizgiler düzelir. Mikrobotox uygulamaları genellikle yüz ve boyundaki ince çizgilerin giderilmesinde yapılan uygulamalardır. Alında ve kaşda

yapılan mikrobotox uygulama sonuçları da ümit vericidir. Hatta gözaltı çizgileri, yüz ve yanakların T bölgesindeki yağlanmanın giderilmesinde de önerilmektedir. Glabella, kaz ayakları, alın, ve infraorbital bölgede mikrobotox konsantrasyonu 20 Ü/1 ml olacak şekilde (1 flakon botox 5.0 ml SF ile sulandırılır) hazırlanması önerilir. Ancak uygulama bölgesi ve hastaya göre mikrobotox konsantrasyonu değişebilir. İnce derili boyunda 20Ü/ 1 ml yeterli olurken, kalın derili boyunda 28 Ü/ 1 ml konsantrasyon daha etkili olabilir.

Kaynaklar

1. Gendler E, Nagler A. Aesthetic use of BoNT: Options and outcome. Toxicon 2015; 107:120-128
- 2.Monheit G.Neurotoxins: Current Concepts in Cosmetic Use on the face and neck-Upper face (Glabella, Forehead, and crow's feet). Plasr Reconstr Surg 2015; 136:72S-75S
3. Wu Woffles TL.Microbotox of the lower Face and Neck: Evolution of a Personal Technique and Its Clinical Effects . Plast Reconstr Surg 2015: 136: 92S-100S
4. Liew S . Discussion: Microbotox of the Lower Face and Neck: Evolution of Personal Technique and Its Clinical Effects . Plasr Reconstr Surg 2015:136:101S-103S.

DOLGU UYGULAMALARI

Doç. Dr. Ahmet Hakan Erbil

Ankara

Yaşam süresinin uzaması ve insanların her daim genç, güzel, bakımlı görünme istekleri son dönemde kozmetik uygulamaların artışına yol açmıştır. Kırışıklıkların, kıvrımların ve hacim eksiklerinin düzeltilmesi için günümüzde bir çok kozmetik uygulama yapılmakta olup bu uygulamalar arasında hyalüronik asit dolgu enjeksiyonları botulinum toksin enjeksiyonundan sonra en popüler cerrahi olmayan estetik prosedür olarak karşımıza çıkmaktadır.

Günümüzde 50'nin üzerinde üretici firma tarafından yaklaşık 160 dolgu ürünü halen üretilmekte ve kullanıma sunulmaktadır. Dolguları sınıflandırırken pek çok yöntem kullanılabilir. Sınıflandırma şekli biyolojik olarak parçalanabilen (orta ve uzun süreli) veya biyolojik olarak parçalanamayan diğer bir tabirle partiküle olan veya olmayan olmak üzere 2 grupta incelemektir. Ayrıca sürelerine göre geçici, yarı kalıcı, kalıcı olmak üzere 3 grupta da sınıflandırılmaktadırlar.

Kollojen ve hyalüronik asit gibi orta süreli biyolojik olarak parçalanabilen dolgular vücut tarafından oldukça hızlı reabzorbe oldukları için kozmetik etkileri nispeten daha kısa sürelidir. Hyalüronik asit dolguları hem Avrupa'da hem de Amerika'da en fazla kullanılan dolgulardır. Genellikle etkileri 6-18 ay arasında değişmekte olup bu süre kaynağa, çapraz bağlanma derecesine ve her bir üründeki partikül büyüklüğüne bağlı olarak değişmektedir. Çapraz bağ, konsantrasyonun artması viskozite ve elastikiyeti artırır ki bu da hyalüronidaz ile çözünmesinde direnç oluşturur. Hyalüronik asidin hidrofilik yapıda olması demek daha yoğun olması ve /veya daha büyük partikül yapısına sahip olması demek olup daha fazla su abzorbe etmesine, böylece de enjeksiyondan sonra dokuda daha fazla ödem oluşmasını sağlar.

Hyalüronik asitlerin sertlik dereceleri değişkenlik göstermektedir. Bu sertlik işlem yapılacak alana uygulana bilirliliği açısından önem taşımaktadır. Genellikle sert dolgularla daha derin enjeksiyon yapılmalıdır. Daha konsantrasyon daha fazla çapraz bağ sayısına sahip dolguların etkilerinin uzun sürmesine karşın reaktivite, inflamasyon ve granülom formasyonu oluşturma riski daha fazladır. Kalsiyum hidroksiapatit (CaHA) ve poli-L -laktik asit (PLLA) gibi ürünler içeren biyolojik olarak parçalanabilen dolgular kollajen yapımını stimüle ederek daha uzun süre dayanırlar. CaHA içeren dolguların dayanıklılığı yaklaşık olarak 15 ay kadar sürmektedir. PLLA sentetik bir polimer olup uygulanan her seansta kademeli etki ve sınırlı bir düzeltme sağlanır. Genellikle 3 seans yeterlidir fakat bir kez son düzeltme yapıldığında etkisi 2 yıla yakın sürer.

Biyolojik olarak parçalanamayan dolgular yabancı cisim reaksiyonu oluşturarak emilmeyen mikrokürelerin çevresinde kollajenin fibroblastik birikimini tetiklemektedir. Polimetilmetakrilat (PMMA) % 80 hayvansal dermal kollajen ve % 20 PMMA mikrokürelerinden oluşmaktadır. Poliakrilamid hidrojel ise %97,5 steril su ile % 2,5 çapraz bağlı akrilamidin bağlı şeklindedir. Biyolojik olarak parçalanamayan dolguların kalıcı yapısı komplikasyonların daha uzun sürmesine ve daha zor tedavi edilmesine neden olabilir.

Dolgu maddelerinin güvenlik profili iyi olmasına rağmen bütün tıbbi işlemlerde olduğu gibi dolgu uygulamalarında da düşük de olsa yan etki ve komplikasyon riski vardır. Bu komplikasyonların çoğu hafif ve geçicidir. Ciddi komplikasyonlar nadirdir. Dolgu komplikasyonları uygulama yapılan kişiye, dolgunun yapıldığı yere (anatomik bölge), ürüne, uygulama tekniğine bağlı olarak oluşur. Komplikasyonlar erken ve geç komplikasyonlar olarak sınıflandırılabilir. Dolgularının erken komplikasyonları: vasküler infarkt, inflamatuvar reaksiyonlar, enjeksiyon ilişkili durumlar ve dolgu materyallerinin uygunsuz yerleştirilmesidir. Geç komplikasyonlar arasında nodüller, granülomlar ve cilt renk değişiklikleri yer alır. Yan etkilerin çoğundan uygun planlama ve teknik ile kaçınılabilir. Fasiyal anatominin ayrıntılı bilinmesi, uygun hasta ve ürün seçimi ve uygun teknik risklerin azaltılmasına yardımcı olur. Eğer komplikasyon meydana gelirse klinisyen komplikasyon yönetimi için hazır olmalı ve etkili bir tedavi için malzemeleri uygun olmalıdır.

YENİ PEELING YÖNTEMLERİ

Prof. Dr. Berna Şanlı

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Denizli

Son yıllarda akne, melazma, rejuvenasyon, fotoyaşlanma, ince kırışıklıklar, lifting tedavisinde çok sayıda kombine preparat piyasaya çıkmıştır. Melazma ve pigmentasyon tedavisinde kullanılan Melanostop® (%20 azelaik asit, %10 rezorsinol, %6 fitik asit) ve Melanoplus® (%20 TCA, %4 kojik asit, %1 ferulik asit ve beksaretinil), Cosmelan® ve Dermamelan® (kojik asit, alfa arbutin, azelaik asit, rumex occidentalis ekstraktı, tirozinol kompleks, aloe barbadensis ekstraktı, askorbil fosfat, niasinamid, aminoetininil fosfinik asit, retinil palmitat, tokoferil asetat, askorbik aist, alfa bisabolol, salisilik asit), akne tedavisinde kullanılan Aclanelan (sodyum leparjilat, mandelik asit, şikimik asit, salisilik asit, beksaretinil kompleks, sülfür, kaolin), rejuvenasyonda kullanılan PRX T33® (%33 TCA, hidrojen peroksit, kojik asit) Piruvex® (%40 piruvik asit, %10 laktik asit), ülkemizde henüz bulunmasa da Illuminize Peel® (salisilik asit, mandelik asit, rezorsinol, malik asit, fitik asit, pantenol, quillaja saponaria bark ekstraktı ve karbon peeling) gibi preparatlar bunlar arasındadır. Q switched Nd:YAG lazerle karbon peeling de rejuvenasyon ve gözenek sıkılaştırma amaçlı kullanılan bir başka yöntemdir.

ROLLER UYGULAMALARI

Prof. Dr. Ercan Arca

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, Ankara

Giriş ve Tarihçe: Roller uygulamaları, mikroigneleme, perkutan kollajen indüksiyon tedavisi gibi isimlendirmelerle de kullanılabilen kozmetik dermatolojide basit, güvenli, etkili ve minimal invaziv bir tekniktir. Minyatür ince iğnelerin yuvarlanarak yüzeyel ve kontrollü oluşturduğu deliklerde başlayan yara iyileşmesi süresince yeni kollajen oluşumu esasına dayanan dermatokozmetik uygulamadır. Mikroigneleme 1990'lı yıllarda Orentreich ve Orentreich ile Camirand'ın birbirlerinden bağımsız uygulamaları ile başlamıştır. Günümüzdeki kullanım aracı şekline ise 2000'de Liebl ve özellikle 2006'da bir plastik cerrah olan Fernandes tarafından geliştirilmiştir.

Kullanılan Alet ve Yöntemler: Roller uygulamaları genellikle “**dermaroller**” adı verilen silindir üzerinde sıralar halinde çok sayıda iğneler bulunan saplı aletler ile yapılır. Dönen silindir üzerinde titanyum, altın kaplı titanyum, silikon dioksit veya paslanmaz çelikten mikroigneler yerleştirilmiştir. İğneler 0.1-0.25 mm çapında ve 0.5-3 mm uzunluğunda markalarına göre 2-8 sıra şeklinde 192 ile 540 arasında değişen sayıda olabilirler.

Daha küçük skarlarda kullanmak amacıyla 0.12 mm çaplı 0.2-3 mm uzunluğunda “**dermastamp**” adı verilen dermarollerlerin minyatür versiyonları da vardır.

Kalem şeklinde otomatik iğneleme yapabilen “**dermapen**” isimli cihazlar da bulunmaktadır. Bir kez kullanılan 9-12 iğne içeren uçları vardır. Düşük hızlı modu (412/dakika) ve yüksek hızlı modu (700/dakika) olan tekrar şarj edilebilir pillerle çalışan bir cihazdır.

Mikrodermabrazyon, mikroigneleme, simültane derin doku serum infüzyonu ve LED tedavisinin kombinasyonundan oluşan yeni bir modifikasyon ise “**DermaFrac**” tedavisidir. Tüm 4 tedavi modelinin tüm yüze kullanıldığına yaklaşık 45 dakikada tamamlanabilen non-invaziv, maliyet etkin bir yöntemdir.

Bir diğer kullanım yöntemi de “**transdermal ilaç uygulaması**”dır. Bu uygulamada mikroigneleme işlemi sonucunda oluşan mikrokanallar üzerine topikal uygulanan ilaç ve maddelerin penetrasyonu ve etkinliği artar.

Mikroignelemenin radyofrekans ile amalgasyonu roller uygulamalarının gelecekte daha çok kullanımı sağlayacak yeni bir tekniktir. **Fraksiyonel radyofrekans mikroigneleme (FMRF)** ismi verilen bu uygulama ile izole iğnelerle deri penetre edilerek radyofrekans akımları salınarak termal etki ile epidermis hasara uğratılmadan dermal yapılar ve aksesuar glandlarda etki sağlamaktadır.

Yakın zamanda **LED ışıklı mikroigneleme** aletleri üretilmiştir. Titanyum mikroignelerle LED ışığı kombinasyonu ile kırışıklık ve skar tedavisinde etkili olacağı belirtilmektedir, ancak etkinliği ile ilgili bir data halen bulunmamaktadır.

Etki Mekanizması: Dermaroller uygulaması ile epidermiste gerçek bir hasar oluşturmadan kontrollü bir deri yaralanması oluşturan mikrokanallar meydana gelir. Bu mikrokanallar minimal yüzeyel kanama odaklarına yol açar ve fibroblast büyüme faktörü, konnektif doku büyüme faktörleri, konnektif doku aktivite proteini, transforming growth faktör alfa ve beta, ve platelet growth faktör gibi çeşitli büyüme faktörlerinin salınımı ile bir yara iyileşme sürecini başlatırlar. Bu iğneler ayrıca eski sertleşmiş skar bağlarını da kırarak revaskülerizasyonu başlatırlar.

9. Uludağ Dermatokozmetoloji Günleri

Neovaskülerizasyon ve neokollajenizasyon fibroblastların göçü ve proliferasyonu ile başlar. İşlemden 5 gün sonrasında fibronektin matriksi oluşur ve kollajen III olarak derideki etki 5-7 yıl sürer.

Uygulama: İşlemden yaklaşık 45-60 dakika öncesinde uygulama bölgesine lokal anestezi bir krem uygulaması yapılır. Antiseptik bir solüsyonla cilt temizliği sağlandıktan sonra belirlenen alana yatay, dikey ve oblik yönde her seferinde 15-20 geçiş yapmak suretiyle yıldız şeklinde çok güç uygulamadan mikroiğneleme işlemi yapılır. Bu uygulama ile üzerinde 192 iğne bulunan bir standart dermaroller ile cm^2 'ye yaklaşık 250 mikrokanal oluşur. İki uygulama arasında 4-6 hafta süre geçmelidir.

Uygulama 30-45 dakika gibi bir sürede tamamlanır. Uygulama sırasında küçük noktavi kanamalar oluşabilir. İşlem sonrası uygulama alanına serum fizyolojik ile ıslatılmış bir ped ya da rahatlatıcı yüz maskeleri konabilir.

Mikrokanallar uygulamayı takiben hızla kapanır. Bu arada kullanım endikasyonuna uygun bir topikal ajan ile istenilen etki daha güçlendirilebilir.

Uygulamada sıklıkla bir yan etki görülmez ancak birkaç gün sürebilen hafif bir eritem ve ödem bazı olgularda görülebilir. Uygulama sonrasında uygun bir emolyent veya nemlendirici ve güneşten korunma önerilir.

Endikasyonları: Dermaroller uygulamaları, kanıta dayalı birçok klinik çalışma ile desteklenmiş geniş bir endikasyonda kullanılmaktadır. Ayrıca kimyasal soyma, PRP, radyofrekans, subsizyon ve lazer gibi diğer tedavi metodları ile kombine olarak da birçok klinik çalışmalarda çeşitli deri hastalıklarında kullanılmaktadır. Sıklıkla bir topikal ajan ile birlikte uygulanmaktadır.

1. Deri rejevunasyonu (özellikle yüz bölgesi)
2. Skarlar (akne skarları ve diğer skarlar)
3. Akne vulgaris
4. Androjenik alopesi ve alopesi areata
5. Melazma ve periorbital hiperpigmentasyon
6. Aktinik keratoz, strialar, aksiller hiperhidroz, rozasea gibi diğer durumlar
7. Deri laksitesi

Kontrendikasyonları:

1. Aktif bakteriyel, viral veya fungal deri enfeksiyonu (*Herpes, HPV, impetigo*)
2. Aktif akne ve rozasea
3. Antikoagülan tedavi alanlar (*Kumadin, heparin, *Aspirin*
3 gün önce kesilmeli*)
4. Lokal anesteziye veya metale karşı allerji
5. Kontrolsüz DM, kemoterapi / radyoterapi alanlar
6. Deri kanseri olanlar
7. Hemofili hastaları
8. Keloide yatkınlık
9. Psoriasis ve ekzema gibi orta veya şiddetli kronik deri hastalığı olanlar

Dermatolojide Kullanım Alanları ve Klinik Çalışmalar: Aust ve ark. kırışıklık, skar ve striası bulunan olguları içeren çalışmalarında tedavi sonrasında yeni kollajen ve elastin birikiminin arttığını ve tedaviden sonraki 1çyılıda epidermis kalınlığının %40 arttığını belirtmişlerdir. Calderhead ve ark. yaptıkları çok merkezli çalışmada 499 olguda FMRF'nin etkinliğini değerlendirmişler ve %80-89 iyileşme, %30-36 kırışıklık boyutunda azalma ile %25-29 kırışıklık derinliğinde azalma saptadıklarını belirtmişlerdir. El-Domyati ve ark. 10 olgulu bir çalışmada roller uygulamasının histopatolojik etkinliğini değerlendirerek kollajen I, II ve III ile tropoelastin düzeylerinde artma saptamışlardır.

Fabroccini ve ark. akne skarlarında 2 uygulama ile anlamlı düzelme saptamışlardır. Majid, çeşitli nedenlere bağlı atrofik fasiyal skarlı 37 olguya roller uygulamışlar ve iyi sonuçlar aldıklarını bildirmişlerdir. Sharad ise roller uygulaması ile glikolik asit ile kimyasal soyma işleminin kombine kullanımının akne skarında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Akne skarları mikroignelemenin en çok uygulandığı endikasyon olmuştur.

Dermaroller uygulamaları yanık skarları ve varisella skarlarında da etkili bulunmuştur.

Özellikle akne tedavisinde FMRF etkinliği ile ilgili toplam 83 olgunun değerlendirildiği 4 klinik çalışma vardır.

Fabrocini ve ark. dermaroller sonrası depigmentasyon yapan serum uyguladıkları 20 meleazmalı olguda tek başına serum uygulamasına göre daha etkili olduğunu gözlemişlerdir. Lima, dirençli meleazmalı 18 kadın ve 4 erkek olguda mikroigneleme yöntemi ile iki uygulama ile tüm hastalarda iyi sonuç aldığını belirtmiştir.

Dhurat ve ark. 100 AGA'lı olguya mikroigneleme işlemini minoksidille veya tek başına kullanmışlar ve kombine tedavinin daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Aynı şekilde konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen 4 erkek AGA'lı olguya mikroigneleme tedavisini eklemişler ve etkiyi arttırdıklarını belirtmişlerdir.

Yan Etkiler ve Kısıtlamaları

Dermaroller uygulamalarının diğer işlemlere göre kullanım avantajları olsa da pitted skar, lineer skarlar ve derin boxcar skarlarda çok etkili değildir.

Yan etki olarak işlem sırasında eritem ve irrtasyon olabileceğinin dışında post-inflamatuvar hiperpigmentasyon, aknenin alevlenmesi, herpes reaktivasyonu, sistemik hipersensitivite, alerjik granümatöz reaksiyonlar ve nonsteril cihaz kullanımına bağlı lokal enfeksiyonlar diğer belirtilen yan etkilerdir.

Sonuç: Dermaroller uygulaması, diğer bir deyişle mikroigneleme yöntemi deri rejenuvasyonu, skar tedavisi ve birçok deri hastalığında kullanabilinen, oldukça basit, kolayca uygulanabilen, günlük işlevleri bozmayan, güvenli, etkili ve minimal invaziv dermatokozmetik bir tedavi tekniğidir. Kimyasal soyma, PRP, subsizyon, dermabrazyon ve lazer gibi yöntemlerle de kombine edilerek daha etkili sonuçlar da elde edilebilir.

Kaynaklar:

- 1- Singh A, Yadav S. Microneedling: advances and widening horizons. Indian Dermatol Online J 2016;7:244-54.
- 2- Cohen BE, Elbuluk N. Microneedling in skin of color: a review of uses and efficacy. J Am Acad Dermatol 2016;74:348-55.
- 3- Gül Ü. Mikroigneleme. Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics 2012;5(4):1-4.
- 4- Lee CJ, Daniels MA, Roth MZ. Mesotherapy, microneedling, and chemical peels. Clin Plastic Surg 2016;43:583-95.

- 5- Hou A, Cohen B, Haimovic A, Elbuluk N. Microneedling: a comprehensive review. *Dermatol Surg*. 2016 Oct 13. [Epub ahead of print]
- 6- Doddaballapur S. Microneedling with dermaroller. *J Cutan Aesthet Surg* 2009;2:110-1.
- 7- El-Fakahany H, Medhat W, Abdallah F, Abdel-Raouf H, Abdelhakeem M. Fractional microneedling: a novel method for enhancement of topical anesthesia before skin aesthetic procedures. *Dermatol Surg* 2016;42:50-5.
- 8- Aust MC, Fernandes D, Kolokythas P, Kaplan HM, Vogt PM. Percutaneous collagen induction therapy: an alternative treatment for scars, wrinkles, and skin laxity. *Plast Reconstr Surg* 2008;121(4):1421-9.
- 9- El-Domyati M, Barakat M, Awad S, Medhat W, El-Fakahany H, Farag H. Multiple microneedling sessions for minimally invasive facial rejuvenation: an objective assessment. *Int J Dermatol*. 2015 Dec;54(12):1361-9.
- 10- Fabbrocini G1, De Vita V, Monfrecola A, De Padova MP, Brazzini B, Teixeira F, Chu A. Percutaneous collagen induction: an effective and safe treatment for post-acne scarring in different skin phototypes. *J Dermatolog Treat* 2014;25(2):147-52.
- 11- Alam M, Han S, Pongpruthippan M, et al. Efficacy of a needling device for the treatment of acne scars. *JAMA Dermatol* 2014;150(8):844-9.
- 12- Chawla S. Split face comparative study of microneedling with PRP versus microneedling with vitamin C in treating atrophic post acne scars. *J Cutan Aesthet Surg* 2014;7:209-12.
- 13- Lima EA. Microneedling in facial recalcitrant melasma: report of a series of 22 cases. *An Bras Dermatol* 2015;90(6):919-21.
- 14- Dhurat R, Sukesh M, Avhad G, et al. A randomized evaluator blinded study of effect of microneedling in androgenetic alopecia: a pilot study. *Int J Trichol* 2013;5:611.
- 15- Dhurat R, Mathapati S. Response to microneedling treatment in men with androgenetic alopecia who failed to response to conventional therapy. *Indian J Dermatol* 2015;60:260-3.
- 16- Soltani-Arabshahi R, Wong JW, Duffy KL, Powell DL. Facial allergic granulomatous reaction and systemic hypersensitivity associated with microneedle therapy for skin rejuvenation. *JAMA Dermatol*. 2014 Jan;150(1):68-72. Erratum in: *JAMA Dermatol*. 2014 Jan;150(1):103.
- 17- Pahwa M, Pahwa P, Zaheer A. "Tram track effect" after treatment of acne scars using a microneedling device. *Dermatol Surg*. 2012 Jul;38(7 Pt 1):1107-8.

PDO POLİDİAKSANON İP, ÖRÜMCEK AĞI İLE CİLT GERME

Prof. Dr. Erol Koç

*Bahçeşehir Ün. Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul
Özel Medicalpark Hastanesi, Ankara*

Yenilikçi monofilament ve polifilament mikro iplerine ve polidiodoksanon'e dayanmaktadır.

Bu polimer, renksiz bir kristal halinde sentetik ve ayrışabilen bir maddedir ve uzun yıllardır kardiyolojik ameliyatlarda dikiş ipliği olarak kullanılmıştır.

İpler çok güçlüdür ve 60 ila 80 gün sonra bile dayanıklılık özelliğinin %50'sini korur.

Monofilamanlar 180 ila 240 gün arasında doku tarafından eritilmiş olur. 70'li yıllarda geliştirilmiş ve o günden beri kullanılan sütür materyalidir. Monofilaman ürün

Biyolojik uyumluluğu en yüksek sütür materyali Absorbsiyon süresi 180 ~ 240 gün

Büyük çaplı ipliklerde ve elyaflarda olduğu gibi biyolojik liflerde de yoğun fibrotik oluşum olmadan uzun süreli etki görülür (1 yıldan uzun süre). Yeni oluşan kolajen 18-24 ay boyunca iskelet işlevi görmeye devam eder. Prosedür, gerektiğinde tekrarlanabilir.

İplik iğne ile birlikte cilt içine takıldığında, bağışıklık sistemi ipi yabancı cisim olarak algılar.

Böylece bağışıklık sistemi enflamatuvar reaksiyon gösterir.

Kolajen oluşumu ve kan akışı uyarılır. Ayrıca ipin gerginliği, lifting etkisi yapar.

Etki Mekanizması

1. Yabancı cisim etkisine bağlı kolajen rejenerasyonu

Yabancı cisim reaksiyonuna bağlı gelişen doku adezyonu ve çapalama etkisi

2. Mikrosirkülasyonda artış

3. Selülitte azalma / Lipolizde artış

Endikasyonları

Cilt kaldırma, cilt sıkılaştırma, gençleştirme ve beyazlaştırma, kırışıklık tedavisi (örn: nasolabial kıvrımlar), cilt sorunlarını giderme (örn: akne), yara tedavileri, botoks ve dolgu ile kombinasyon.

Kullanıldığı Bölgeler

Yüz bölgesi, göz çevresi, perioral bölge, nazolabial alan, dudaklar, marionette, smoke lines, boyun, boyun kırışıklıkları, dekolte, gıdı bölgesi, kol/bacak içi, popo, meme, karın bölgesi, stria (çatlak), yara iyileşmesi.

İğneleme Teknikleri

1-**Horizontal Wave**: Nasolabial katlantı, geniş kırışıklıklar.

2-**Vertical Wave**: Derin kırışıklıklar

3-**Anchoring (Çapalama)**: Nasolabial katlantı - Marionette

4- **Insertion point**: Nasolabial fold, glabella, alın bölgesi, kaz ayakları, boyun

5- **Cross the wrinkle**; göz çevresi, perioral, gıdı, boyun

İğneleme Teknikleri

Kollajen sentezini aktive etmek ve kırışıklık doldurmak için derinin dışı doğru çekilerek ipliklerin yerleştirilmesi uygundur. İnceltici etki ve toparlanma sağlamak için iplikler cilt gerilerek yerleştirilir.

İplik Çeşitleri

Monofilament: İşlemlerde %60 oranında kullanılan ipler. Yüzde 3-4-6 cm, vücutta 6-9 cm. Kalıcılık süresi 6-12 ay.

Multi (İkiz): Yüzde ve vücutta kullanılır. Kaldırma gücü monofilamentlerden daha yüksek (2x Monofilament)

Screw: Yüzde ve vücutta kullanılır. Kaldırma gücü monofilamentten yüksek (3x monofilament). Aana vektöre doğru oblik- horizontal- cage.

Multi Screw: Yüz ve vücutta kullanılır. Kaldırma gücü monofilament, multi ve screw iplikten yüksek (5x monofilament).

Gold: Yüz ve vücutta kullanılır. Kaldırma gücü monofilamentten yüksek. Kalış süresi tüm iplerden uzun. İnflamasyona bağlı fibroblastik etkisi daha yüksektir. Zigomatik alan, yüz kontürü, mandibuler hat, alın çizgileri, üst ve alt sınırlar, yerleştirme tekniği; diagonal veya horizontaldır.

COG: Yüz ve vücutta kullanılır. Kaldırma kuvveti tüm ipliklerden daha yüksek (10x monofilament). Kalış süresi monofilamentten uzun. Ana vektöre doğru; oblik yerleştirme, yelpaze, oblik veya dik olabilir.

Genel Yaklaşım

Yüz kontörü ve zigomatik bölgede altın iplikler öncelikle tercih edilir. Sert anatomik yapılara yakın alanlardaki yumuşak doku bölgelerinde yukarı ve dışı doğru lifting etkisi yüksek (COG,Multi Screw, Screw) ipler tercih edilir. Tüm yüz uygulamalarında 100-300 ip kullanılır. İplerin %30'u nitelikli iplerden %70'i monofilament olanlardan kullanılır. 3-4-6cmlik iplikler önceliklidir. 9-10cm COG iplikler el becerisi geliştikçe yüz bölgesinde kullanılmalıdır. İşlem sonrasında 6-8 ayda bir yapılacak 50-80 iplik kontrol seansları etkinliğin uzatılmasında etkilidir.

Uygulama Öncesi Hazırlık

Bölgenin temizlenmesi (antiseptik ürün), bölgenin anestezisi; topikal krem, blok (infra-, supraorbital, mental sinirler)/lokal anestezi (Lidokain-Ultrakain) veya sedasyon anestezisi ile yapılır. Tümesan sıvısı 2cc Jetokain, 3cc SF, 1cc Bikarbonat kullanılabilir.

İşlem Sonrası Dikkat Edilecekler

Buz uygulaması, profilaktik antibiyotik kullanımı, sıcaktan korunmak, travma riskinden korunmak, arnica kullanımı 10 gün, RF, odaklı USG gibi uygulamalardan kaçınmak

Yan Etkiler

Ekimoz, ödem, kızarıklık, geniş alan uygulamalarında 5-10 gün iyileşme süresi

Komplikasyonlar

Enfeksiyon, asimetri (nadiren yoğun ceg kullanımında)

Kombinasyon Tedavileri

Botox, Dolgu, Fokuslu USG, Fraksiyonel Lazer, RF / AWT / Vakumlu sistemler,
Minimal enjeksiyon yöntemleri; *Mezolifting veya PRP*

Sonuç olarak PDO örümcek ağı ip yöntemi ile uygun seçilmiş vakalarda, uygun hastalarda, uygun teknik ve doğru ip tercihi yanında doğru yerleştirme yöntemiyle oldukça etkili sonuçlar alınabilir.

LAZER UYGULAMALARI TEMEL KAVRAMLAR

Prof. Dr. Meltem Önder

Emekli Öğretim Üyesi Serbest Hekim, Ankara

Lazer teknolojileri, dermatolojide değişik endikasyonlarda giderek artan oranda kullanım alanı bulmaktadır. Bu endikasyonların başında deri yenilenmesi ve kırışıklıkların, akne izlerinin, pigmentasyonların ve telenjektizasyonların giderilmesi gelmektedir ⁽¹⁾. Etkili ve güvenli lazer kullanımı için bazı temel kavram ve prensiplere hakim olmak gerekir. Lazer kelimesi İngilizcede "light amplification by stimulated emission of radiations" kelimelerinin baş harflerinden oluşturulan bir kısaltmadır ⁽²⁾.

Lazer Çeşitleri

Lazerlerin isimlendirilmesinde içerdikleri lazer maddesi ve ürettikleri ışının dalgaboyu esas alınır. Lazer maddeleri katı, sıvı, yarı iletken veya gaz olabilir ⁽³⁾. Katı lazerlere örnek olarak Neodimyum-yitrium alüminyum garnet (Nd-YAG) lazer, potasyum titanil fosfat (KTP) ve alexandrite lazerler verilebilir. Nd-YAG lazerler 1320 ve 1064 nm dalgaboyunda ışınlar üretir. KTP lazer 532 nm ışınlar ile oksihemoglobini hedef alırken, alexandrite lazerler ürettikleri 755 nm ışınlar ile melanini hedef alır ve epilasyonda tercih edilir. Pulse boya lazerleri sıvı ortam içerir. Oksihemoglobini hedef alan 585 ve 595 nm ışın üreterek vasküler lezyonların tedavisinde kullanılırlar. Yarı iletken lazerlere örnek olarak diod lazer verilebilir. Gaz ortama sahip lazerlerden karbondioksit (CO₂) lazer 10,600 nm dalgaboyuna sahiptir ve su tarafından çok iyi emilerek ablasyon, kesme ve koagüle etme etkilerine sahiptir. Argon, helyum, neon gibi soy gazları içeren lazer cihazları da mevcuttur ⁽⁴⁻⁶⁾.

Lazer Atım Şekilleri

Q anahtarlı (Q-switch) lazer sistemleri lazer ışınlarını haznesinde biriktirip çok kısa süreli atımlar yaparak yüksek güçte lazer enerjisini nanosaniyeler düzeyinde hedefe aktarabilir ^(2,7). Nd-YAG, ruby ve alexandrite lazerlerinin q anahtarlı sürümleri üretilmiştir ^(7,8). Son dönemde pikosaniye düzeyinde atım yapabilen lazerler geliştirilmiştir. Lazerler ablatif veya nonablatif olabilir. Ablatif lazerlerin hedef molekülü sudur ve temas ettikleri epidermal düzeyde ani ısınma ve buharlaşmaya yol açarlar.

Lazerin Doku ile Etkileşimi

Lazer ve doku etkileşimi, lazerin dalgaboyu, enerjisi ve dokunun özellikleri gibi değişkenlerle ilişkilidir.

Lazer Parametreleri

Dalgaboyu: Lazer dalgaboyunun seçiminde lazer ışını ile etkileşime geçecek doku bileşeni olan kromofordur. Hedef kromofor ile maksimum etkileşim gösterirken, diğer yarışan kromoforlar tarafından az emilmelidir. Tedavi edilmek istenen bir lezyon ise melanin, vasküler bir lezyon ise hemoglobin hedef alınmalıdır.

Atım Süresi: Lazer ışınının hedef ile temas süresinin uzunluğudur. Atım genişliği de denir. Pikosaniye düzeyinde atım yapabilen lazer cihazları geliştirilmiştir.

Atım Sıklığı: Atımların frekansıdır. Bir “Hz” saniyede bir atım anlamındadır. Daha hızlı atım sıklığının kullanılması geniş yüzeylerin tedavisinin kısa sürmesini sağlar.

Spot Çapı: Bu değer hedef lezyona uyguladığımız lazer ışın demetinin kalınlığını yani çapını ifade eder. Milimetreler ile ifade edilir ⁽⁶⁾.

Spot Yoğunluğu: Fraksiyonel lazerler belirli bir alana belirli sayıda lazer ışınlarını aralıklı olarak gönderir ve elek benzeri bir görünüm meydana getirir.

Akım: Enerji yoğunluğu anlamına gelir ve birim alana verilen enerji miktarıdır. Jul/santimetre kare olarak ifade edilir. Örneğin vasküler lezyonlarda 3-15 J/cm² akım yeterli olurken, kıl folikülleri için yapılan lazer uygulamasında 20-50 J/cm² gibi yüksek enerji düzeyleri gerekebilir.

İrradyans: Devamlı dalga üreten lazerlerde kullanılan bir parametredir ve güç yoğunluğu anlamına gelir. Güç birim zamanda verilen enerji demektir ve Jul/saniye veya Watt olarak ifade edilir. İrradyans ise birim alana verilen güç anlamındadır ve Watt/cm² olarak belirtilir ⁽⁹⁾.

Soğutma: Lazer tedavisi uygulanırken etraf dokunun lazer ışını kaynaklı ısıdan zarar görmesini engellemek amacıyla soğutma yöntemleri kullanılabilir. Soğutma işlemi termal hasardan korumanın yanı sıra hastanın daha az ağrı hissetmesini de sağlamış olur ⁽⁶⁾.

Nd:YAG Lazerlerin Dermat kozmetolojide Kullanımı

Nd:YAG lazerler derin dalga boyunda lazerler olup diğer lazerlerden daha fazla derin dokuya penetre olabileme kapasitesine sahiptirler. Q anahtarlı (Q swich mode) olanlar 532 nm dalga boyu elde edilerek daha yüzeysel cilt lezyonlarının tedavisinde kullanılır.

Vasküler lezyonların tedavisinde ND:YAG lazer kullanımı

Yüzeysel kılcal damarlar, bacak retiküler venleri, Port wine stein, venoz leke ve Hemangiom gibi vasküler tümöral lezyonlarda kullanılabilir.

ND:YAG Lazer İle Epilasyon

1064 Nd:YAG lazer uzun dalga boyu sayesinde ince kıllar ve koyu renk cilde sahip hastalarda diğer dalga boylarına oranla daha etkili lazer parametreleri sağlayabilmektedir.

Özellikle koyu ciltlerde enerjinin epidermiste emilmesi sonucu yan etki riski artmaktadır ⁽¹⁰⁾.

Ciltte yanık, leke ve kızarıklık oluşumu yan etkiler arasında yer alır.

Ayrıca Nd:YAG ile epilasyon yapılan hastalarda kolaltı terlemesinin azaldığına dair bulgular vardır.

Cilt Yenileme (Rejuvenation)

Son yıllarda nonablatif lazer tedavileri ile cilt yenileme yan etki riski ve işgücü kaybı oluşturmamaları, etkinlikleri sebebi ile tercih edilen uygulamalar haline gelmiştir.

Neokolejenozis ErYag ve CO² gibi lazerlerle transepidermal hasarla veya Nd:YAG gibi direkt dermal inflamasyonla sağlanabilir.

Skar ve Keloid Tedavisi

Cilt yenilemedeki olduğu gibi kollajenin neosentezi ve yeniden modellenmesi mantığı ile çalışır.

9. Uludağ Dermatokozmetoloji Günleri

Akne skarı ve stria tedavisinde yine aynı şekilde 2-3 hafta ara ile 4-6 seans şeklinde yapılırken, keloid tedavisinde Koike ve arkadaşları 65-75 Joule; 0.25 ms ve 2 herz hızında bir protokol ile uygulamış ve başarılı sonuçlar elde etmişlerdir ⁽¹¹⁾.

Akne Rozasea

Nd:YAG ile veya IPL ile kombine olarak tedavi edilebilmektedir. Nd:YAG hem kollajen oluşumunu artırarak fibrotik alanların iyileşmesine katkı sağlarken ayrıca damar hasarı sayesinde eritemin azaltılmasına katkıda bulunur ⁽¹²⁾.

Siğil Tedavisi

Human papilloma viruslar epidermal hücrelerin enfekte olması sonucu oluşur.

58 nm pulse dye lazerler ve 1064 nm Nd:YAG lazerlerin daha etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Lazer verrü çevresindeki damarlarda koagülasyon ve destrüksiyon yapıcı etkisinin yanı sıra oluşan ısı da ayrıca virüsün yok edilmesinde rol alır. İşlem ağrılı olabileceğinden topikal veya lokal anestezi uygulanabilir ⁽¹³⁾.

Tırnak Mantarı Tedavisi

Nd:YAG lazerler ile tırnak matriksi ve tırnak üzerinde ısının 50°C civarına ulaşarak etken mantarın haraplanmasına neden olmaktadır. İşlem genellikle 2-4 hafta ile 2-4 seans arasında gerçekleştirilmektedir.

Dermatokozmetolojide Fraksiyonel Lazer Kullanımı

Fraksiyonel Lazer Tedavisi İçin Endikasyonlar

Fraksiyonel lazerler, çeşitli durumların tedavisinde kullanılmaktadır.

Yaşlanan deri, kırışıklıklar, akne skarları gibi bazı endikasyonları destekleyen yüksek kanıt düzeyli çalışmalar mevcutken Civate poikiloderması, stria distansa, milium gibi diğer durumlar için daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır ⁽¹⁴⁾.

Pulsed Dye Lazerlerin Dermatokozmetolojide Kullanımı

Pulsed dye lazer (PDL) dermal vasküler yapıda selektif fototermolizise neden olarak şarap lekesi, hemanjiomlar ve telenjektaziler gibi vasküler hastalıklarda birinci basamak tedavi olarak kabul gören lazer sistemlerinden biridir. Son yıllarda inflamatuvar, viral, kollajenöz ve malign hastalıklarda da etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur. PDL birçok lezyonun tedavisinde tüm yaş gruplarında ve tüm anatomik bölgelerde güvenle kullanılmaktadır çünkü hedef aldığı lezyonda oldukça seçicidir. Başlıca yan etkiler ağrı, purpura, ödem, postinflamatuvar hiperpigmentasyondur ve bu yan etkiler geçicidirler vehastalar tarafından iyi tolere edilirler.

Vasküler Hastalıklar

Şarap lekeleri (PWS) : Yapılan araştırmalar PDL'nin vasküler kökenli birçok hastalıkta başarıyla kullanıldığını göstermiştir. Bu sebeple PDL çocuk ve adolesan çağıdaki lezyonlarda tedavide birinci seçenektir.

Hemanjiomlar da PDL ile başarıyla tedavi edilebilmektedir.

Telenjektazi tedavisinde PDL kullanımı lokalizasyon, boyut, derinlik ve hastanın deri tipi gibi çeşitli değişken faktörlere bağlıdır.

Maligniteler: PDL ve ışık kaynağı ile aktive olan fotodinamik tedavinin aktinik keratoz, aktinik keilit ve foto hasarlı deride etkili olduğu bilinmektedir.

İnflamatuvar Lezyonlar

Akne Vulgaris: Akne tedavisinde PDL kullanımının bakteriyel direncin olmaması, topikal ajanlara oranla iritan etkisinin az olması, sistemik yan etkisinin olmaması gibi avantajları vardır fakat bu tedavinin süresi ve maliyeti gibi de dezavantajları vardır.

Psoriasis: Plak tipi psoriasis PDL kullanılarak başarılı bir şekilde tedavi edilebilmiştir. 585 nm PDL ile dirençli psoriatik plaklar üzerinde yakın zamanda yapılan bir çalışmada plak şiddet skorlamasında ayda bir yapılan uygulama ile ortalama 4.5 seansta % 42 ye varan oranlarda azalma gösterilmiştir ⁽¹⁵⁾.

Atopik Dermatit: Vasküler lezyonları tedavi ederken altta yatan ekzematöz lezyonlarda da iyileşme olduğu gözlenmiştir.

Lupus Eritematozus: PDL kutanöz LE tedavisinde de denenmiş ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Damarların selektif olarak destrüksiyonunun bu inflamatuvar komponenti azalttığı düşünülmektedir. PDL tedavisi sonrası klinik olarak eritem ve kabuklanmada belirgin bir iyileşme izlenmiştir. Ayrıca histopatolojik olarak da düzelme kanıtlanmıştır. Bu hasta grubunda ayrıca hücresel adezyon molekülü 1 ve vasküler adezyon molekülü 1 de azalma izlenmiştir ⁽¹⁶⁾.

Dermatokozmetolojide Q Anahtarlı Lazer Uygulamaları

Nanosaniye (10^{-9}) süreli palslar Q-Anahtar(QA)'lı lazerlerin özelliğidir. Q-Anahtar teknoloji lazerler çok kısa sürede çok yüksek enerji vererek selektif fototermoliz yapabilirler. Bu özellik dövme silmede, leke tedavisinde çevre dokuya zarar vermeden hızlı ve kısa sürede iyileştirme sağlayarak istenilen etkili sonuçları verir ⁽¹⁷⁾.

Dövme silme

QA Nd:YAG lazer siyah renk, 532 nm QA lazer kırmızı, turuncu ve sarı boyada etkilidir. QAAL 755 nm çok iyi derecede siyah, iyi derecede mavi ve yeşil boyada etkili, kırmızıda etkisizdir. QARL 694 nm siyah, koyu mavi ve yeşilde etkili, sarı ve kırmızıda etkisizdir.

QA lazerler dövme silerken selektif fototermoliz prensibinin yanı sıra hedef dokuda patlama yaratacak şok dalgalarına yol açan fotoakustik etki ile de etkili olur ^(9,18).

Dövme silerken tedavi kriteri beyazlaşma görüntüsünün oluşmasıdır. Dövme silmede ilk seanslarda ani beyazlık yaratacak şekilde büyük spot ve nispeten düşük enerji tercih edilmelidir.

Kombine Lazer Tedavileri

QA lazer seans sayısını azaltmak amacıyla fraksiyonel lazerler, ultrapls CO² lazer ve Er:YAG lazer kombine uygulamaları dövme silmede etkili bulunmuştur. Seans sayısını azaltmıştır ^(19,20). QA lazerlerle komplikasyon oranı yaklaşık % 5 oranındadır ⁽²¹⁾.

Ani Yan Etkiler

Ani yan etkiler özellikle koyu tenli kişilerde ve yüksek dozlarda, ağrı, bül, kabuklanma ve küçük kanamalar şeklinde görülür.

Gecikmiş Yan Etkiler

En sık görülen komplikasyonlar hipo- ve hiperpigmentasyon şeklindeki renk değişiklikleridir. Bu tür yan etkiler lazerden 4-6 hafta sonra görülür ve genellikle geçicidir. Bununla birlikte koyu ve yanık tenlilerde uzamış pigment değişikliği yan etkisi görülebilir ⁽²²⁾.

Melazma

Melazma tedavisi için etkili dalga boyları 630 ve 1100 nm arasında yer almaktadır. Lazerin cilt penetrasyonu iyi olmalı, ve melanin emilimi oxyhaemoglobine göre iyi olmalıdır ⁽²³⁾. Melanin emilimi dalga boyu arttıkça azalır, ancak uzun dalga boyları cildin daha derinlerine inebilir. Kısa dalga boyları (<600nm) pigment hücrelerini düşük enerjilerle bile tahrip eder. QA-Nd:YAG melazma tedavisinde en çok kullanılan lazere dir. Lazer toning veya lazer facial olar adlandırılan düşük doz QA Nd:YAG tekniği oldukça popüler hale gelmiştir.

Postinflamatuar Hiperpigmentasyon (PIH)

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, PIH tedavisinde QARL sonuçları bazen etkisiz bulunurken, bazı çalışmalarda kısmi etkili bulunmuştur ^(24,25). PIH'de QA Nd:YAG 1064 nm lazer 1.9-2.6 J/cm² ile 5 seans tedavide başarılı bulunmuştur ⁽²⁶⁾.

Efelidler

Efelidler QARL, QAAL ve QA KTP lazerlerle bir veya iki uygulama ile gerilerler.

Lentigolar

Lentigo tedavisinde oldukça etkili olan tüm QA lazerler bir veya iki seansta etkili olurlar. Deri tipi I-IV olan solar lentigolu 91 hastada QARL bir veya iki seansta etkili olmuştur ⁽²⁷⁾.

Cafe-Au-Lait Makülleri (CALM)

QA Nd:YAG lazer (4mm 2.5-2.8 J/cm², 2 pas) segmental yüz cafe-au-lait lekesinde 10 seans 2 hafta aralıklarla kullanılmış ve belirgin gerileme elde edilmiştir ⁽²⁸⁾.

OTA Nevüs

Dermal melanositozis ile karakterize Ota nevüs QA Nd:YAG lazer tedavisine iyi yanıt verir ⁽²⁹⁾. Ancak tamamen düzelme için kaç seans gerektiği ve tedavi aralıklarının ne kadar olması gerektiği tam netleşmemiştir. Pek çok literatürde genellikle multipl seans gerektiği (6-10 seans veya daha fazlası) ve tedavi aralıklarının en az 2-3 ay olması gerektiği belirtilmiştir.

Cilt Gençleştirme

QA Nd:YAG lazer dermal remodelling etkisi ile kırışıklık tedavisinde kullanılmaktadır. QA Nd:YAG lazer endoplasmic reticulum stresi artırarak protein sentezini artırır.

Lazer Epilasyon

Düşük enerjili QA Nd:YAG lazerle eksojen kromofor olarak kullanılan topikal karbon solüsyonu kombine edilerek tüylerin fotomekanik hasarı yapılabilir.

IPL'lerin Dermatokozmetolojide Kullanımı

Epilasyon, telenjektazi, pigmentasyon ve fotoyaşlanma tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır. Deride yanma, bül, hipo- ve hiperpigmentasyon ve ağır en sık görülen yan etkileridir.

Geniş başlıkları olması nedeniyle geniş alanlarda kullanılabilmesi, koyu renklilerde daha az yan etkiye neden olması avantajı olarak görülmektedir. Birçok farklı tipte cihaz olması, etkinlik ve güvenliğinin tam olarak değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır.

Lazer Güvenliği

Lazer ile ilgilenen tüm hekimlerin kullandıkları lazer özellikleri, dalga boyu, etki mekanizması hakkında bilgi sahibi olması önemlidir. Her tür lazer tedavisinde öncelikle hasta ve uygulayan kişinin güvenliği önem taşır.

Lazer cihazları kullanıma sürülmeden önce belirli test ve onaylara tabi tutulur. Lazerler dalga boyuna göre sınıflandırılarak medikal amaçlı olanlar ClassIII ve IV olarak adlandırılır ve en yüksek güvenlik önemi gerektirir.

Her lazer kullanıcısının medikal diploması olması, 1 CME katagorili(devamlı eğitim programı ile) en az 20 saatlik lazer güvenliği eğitimi alması gereklidir. Lazer merkezlerinin belirli aralar ile lazer güvenlik deneticisi tarafından standartlarının değerlendirilmesi önemlidir. (30,31,32,33).

Lazer uygulanan merkezlerde uyarıcı işaretler konulması, göz korunması en önemli önlemlerdir. Lazerler kullanılmadığı zamanlarda “ Standby” modunda tutulmalıdır veya tamamen kapatılmalıdır.

Lazer Seçimi ve Lazer Hasta Bilgilendirilmesi

Her uygulamada olduğu gibi abartılı umutlanma ile gelen, bir psikiyatrik bozukluğu olan olguda veya vücut dismorfik bozukluğu bulunan olgularda memnuniyetsizlik yüksek olacaktır. Solaryum altındaki ve güneşe maruziyet durumunda da renk değişiklikleri daha yüksek oranda görülecektir. Olgunun genel arzusu dinlenmeli, işlem öncesi fotoğraflamaya özen gösterilmelidir.

Göz Korunması

Lazer ışınları ile direk veya indirek temas göz üzerinde kalıcı hasar oluşturabilir. Uygulanan bölgeye göre değişik gözlük tipleri bulunur.

Korneal göz koruyucu değişik boyutlarda olabilir. Topikal anestetik tetracaine hidrochlorid % 0,5 oftalmik solusyon ile anestezi sonrası göz içine yerleştirilir.

Metal göz koruyucular infant, çocuk ve erişkin boyda bulunmaktadır. Peri orbital lazer işlemleri sırasında kirpik ve kaşlar nemlendirici ile kapatılmalıdır. Kaş üzerine tahta bir dil basacağı koruyucu olarak kullanılabilir.

Diğer gözlükler kullanılan dalga boyu ve işleme gör seçilir. Hem uygulayıcı hem de hasta bu gözlükleri kullanır. Makyaj temizlenmeli, gözlük altına ıslak nemli gazlı bez konulmalıdır. Uygulama yapılan odaya giren olmaması için kapıya uyarıcı işaret asılır.

Anestezi ve Güvenlik

Pulse dye Laser işlemi sırasında anesteziist oksijen veya nitrik oksid kullanıyor ise yangın riski açısından dikkat gerekir. Muayenehanede yapılan port wine lekeleri pulse dye lazer işlemi sırasında sedasyon oksijen takibi ve monitor gereklidir. Bu nedenle operasyon odalarındaher tür yangına karşı önlem önerilir.

Dövme İşlemleri ve Güvenlik

Kozmetik dövmele demir oksid ve titanium dioksid pigmentleri içerir. Q anahtarlı lazer ile pigment kararması yaşanabilir. Bu durum parodoksal dövme kararması olarak bilinir.

9. Uludağ Dermatokozmetoloji Günleri

Çok deneyimli ellerde bile lazer işlemi sırasında skar hipopigmentasyon veya enfeksiyon riski bulunur.

Ablatif Lazerler ve Güvenlik

Erbium veya CO₂ Lazer işlemleri sırasında skar pigmentasyon oluşumu açısından dikkatli olunmalıdır.

Lazer İşlemi Sırasında Sık Rastlanan Komplikasyonlar

Lazer İşlemi Öncesi Alınan İlaçlar ve Riskler

Aspirin, coumadin vitamin E kullanımı morarmaya kanama riskini artırır.

İndometazin kullanımı skar oluşumunu artırabilir. *İsotretinoin* hipertrofik skar riski taşır. *Trisiklik antidepresanlar, minosiklin, antimalerialve minosiklin* kullanımı pigmentasyon riski oluşturabilir.

Lazer İşlemi Güvenlik Soruları

Lazer işlemine başlamadan önce veya işlem sırasında hekimin kendine sorması gereken sorular Şunlardır.

- Olguda keloid riski var mı?
- Kollagen doku hastalığı mevcut mu?
- Koebner pozitif psoriasis veya vitiligo hastası mı?
- İlaç kullanıyormu? Özellikle isotretinin alıyormu?
- Aktif herpes simpleks var mı?
- Doğru endikasyonda doğru lazer mi kullanıyorum?
- Lazerdalga boyu spot genişliği,joule uygun mu?
- Aynı bölgeye fazla uygulama yapıldı mı?
- Soğutucum yeterli mi?

Lazer Sonrasında Sık Rastlanan Komplikasyonlar

Eritem ve Ödem

Pek çok lazer işlemi sonunda kızarıklık ve birkaç gün süren ödem olabilir.Göz çevresinde yapılan işlemlerde periorbital ödem çok sık rastlanır.Bu durum yüksek enerji uygulaması veya deri tipi ile ilişkilidir.

Ekimoz

Pulse dye lazer işlemi sonunda ve bazı ablatif işlemler sırasında çeşitli derecelerde morluk beklenebilir. Arnica uygulaması ile bu şikayetler azaltılabilir.

Erozyon

Nonablatif lazerlerde bile erezyon beklenir. Olgulara yağlı yaraların kabuklu yaradan daha hızlı iyileseceği anlatılarak yara iyileşmesinin zaman alacağı söylenmelidir.

Bül Oluşumu

Mikro bül oluşumu nadir bir komplikasyondur. Topikal tedaviler ile hızla düzelir.

Ürtiker

Özellikle diod veya alexandrite lazer ile kıl tedavisi işlemi sırasında ürtiker basınc etkisi ya da kullanılan soğutucu etkisi ile direk histamin salınımına neden olabilir.

Purpura

Küçük damarların hasarı ile özellikle pulsed dye lazer tedavilerinde yüksek akım ile purpura gelişimi sık olur. Epidermisi soğutarak koruma dermal kan damarlarını korumada çok az etkilidir. Vitamin K kremleri kısmen koruyucu olabilir.

Fotopilasyon ve Hipertrikoz

Paradoksal hipertrikoz sık rastlanan bir durumdur. Vellus kılların terminl kıllara dönme mekanizması tam anlaşılamamakla birlikte lazer tedavisinin uyardığı inflamasyon ile ilişkili olabilir. Tedavisi fotoepilyasyona devam şeklindedir. Koyu cilt tipi olan olgularda Nd Yag lazer ile tedavi sırasında melanosit hasarına bağlı lökotrichia gelişebilir.

Ablatif Lazer Sonrası

Akne Milia

Akne ve milia alevlenmesi öncesinde uygulanan kremler ile ilişkilidir. Oral tetrasiklinler önerilebilir.

Kontakt Dermatit

Epidermal bariyerin kaybı, iritanların girşini kolaylaştırır. Hastaların uyguladığı bitkisel ürünler, parfümlü ürünler bu olayı tetikler. Soğuk kompres, topikal streoid, alevli olgularda da oral steroid önerilir.

Ektropion

Göz cevresi işlemlerde derinin elastisite kaybı nedeniyle kollagen kontraksiyonu ektropina neden olabilir.

Enfeksiyon

Herpes Enfeksiyonunun Reaktivasyonu, Bakteriyel Enfeksiyonlar, rastlanan problemlerdir. Hijyenik önlemler alınmalı, enfeksiyon gelişiminde yara kültürüne uygun tedavi verilmelidir.

İyileşme Süresi

Her lazer işlemi farklı iyileşme zamanına ihtiyaç duymaktadır. Non ablatif Q anahtarlı pulse dye veya kıl lazerlerde ya da non ablatif cilt sıkılaştırıcı lazer işlemlerde bu süre çok kısadır. Öğlen arası işlemi olarakta bilinir. Ablatif işlemler de ise iyileşme süresi 7-10 güne ulaşır. Uygulamalarda komplikasyonları azaltmak için deritipi, lazer penetrasyon derinliği, güneşten korunma önemlidir. Hastalara lazer işlemlerinin genellikle emniyetli olduğu anlatılır ancak lazerler kompleks cihazlar olup en deneyimli ellerde bile yan etkiler gelişebilir. Oluşabilecek yan etkilerin erken farkedilip önlemlerin alınması her hekimin temel görevidir.

Kaynaklar

- 1 – Seoighe DM et al. The use of lasers in the treatment of cutaneous lesions. Ir J Med Sci 2010; 179(3): 321-6
- 2 – Gross AJ et al. History of lasers. World J Urol 2007; 25(3): 217-20.
- 3 – Ratz JL. Laser physics. Clin Dermatol 1995; 13(1): 11-20.
- 4 – Colt HG (Author), Sanfey H (seciton editor), Collins KA (deputy editor). Basic principles of medical lasers. Uptodate 2015. <http://www.up-to-date.com/contents/basic-principles-of-medical-lasers>.

- 5 – Alster TS, Bettencourt MS. Review of cutaneous lasers and their applications. *South Med J* 1998; 91(9): 806-14.
- 6 – Tanzi EL et al. Lasers in dermatology: four decades of progress. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49(1): 1-31.
- 7 – Wheeland RG. History of lasers in dermatology. *Clin Dermatol* 1995; 13(1): 3-10.
- 8 – Alora MB, Anderson RR. Recent developments in cutaneous lasers. *Lasers Surg Med* 2000; 26(2): 108-18.
- 9 – Spicer MS, Goldberg DJ. Lasers in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34(1): 1-25.
- 10 – Alster TS et al. Long pulsed Nd:YAG laser-assisted hair removal in pigmented skin: a clinical and histological evaluation. *Arch Dermatol* 2001; 137(7): 885-9
- 11 – Koike et al. Nd:YAG laser treatment for keloids and hypertrophic scars: an analysis of 102 cases. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2015; 2(12): e72.
- 12 – Schmults CD et al. Nonablative facial remodelling: erythema reduction and histologic evidence of new collagen formation using a 300-microsecond 1064-nm Nd:YAG laser. *Arch Dermatol* 2004; 140 (11): 1373-6.
- 13 – Kalokasidis K, Onder M, Trakatelli MG, Richert B, Fritz K. The effect of Q-switched Nd:YAG 1064 nm/532 nm laser in the treatment of onychomycosis in vivo. *Dermatol Res Pract* 2013; 2013: 379725.
- 14 – Goel A et al. Fractional lasers in dermatology-current status and recommendations. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77(3): 369-79.
- 15 – Noborio et al. Evaluation of the clinical and immunohistological efficacy of the 585-nm pulse dye laser in the treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23(4): 420-4.
- 16 – Diez et al. Histopathology and immunohistochemistry of cutaneous lupus erythematosus after pulsed dye laser treatment. *Dermatologic Surg* 2011; 37(7): 971-81.
- 17 – Goel A. Clinical applications of Q-switched NdYAG laser. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74(6): 682-6.
- 18 – Anderson RR, Parrish JA. Selective photothermolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulse radiation. *Science* 1983; 220(4596): 524-7.
- 19 – Wang CC et al. Treatment of cosmetic tattoos with non-ablative fractional laser in an animal model: a novel method with histopathologic evidence. *Lasers Surg Med* 2013; 45(2): 116-22
- 20 – Sardana et al. A promising split-lesion technique for rapid tattoo removal using a novel sequential approach of a single sitting of pulsed CO2 followed by Q-switched Nd:YAG laser (1064 nm). *J Cosmet Dermatol* 2013; 12(4): 296-305.
- 21 – Kilmer SL et al. The Q-switched Nd:YAG laser effectively treats tattoos. A controlled, dose-response study. *Arch Dermatol* 1993; 129(8): 971-8.
- 22 – Liu XJ, Huo MH. Permanent leukotrichia after Q-switch laser tattoo removal. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77(1):81-2.
- 23 – Stratigos AJ, Dover JS, Amdt KA. Laser treatment of pigmented lesions-- 2000: how far have we gone ? *Arch Dermatol* 2000; 136(7): 915-21.
- 24 – Taylor CR, Anderson RR. Ineffective treatment of refractory melasma and postinflammatory hyperpigmentation by Q-switched ruby laser. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 20(9): 592-7.
- 25 – Tafazzoli A et al. Q-switched ruby laser treatment for postsclerotherapy hyperpigmentation. *Dermatol Surg* 2000; 26(7): 653-6.

- 26 – Cho SB et al. Treatment of post-inflammatory hyperpigmentation using 1064 nm Q switched Nd:YAG laser with low fluence: report of three cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23(10): 1026-7.
- 27 – Sadighha A et al. Efficacy and adverse effects of Q-switched ruby laser on solar lentigines: a prospective study of 91 patients with Fitzpatrick skin type II, III, IV. *Dermatol Surg* 2008; 34(11): 1465-8.
- 28 – Kim JS, Kim MJ, Cho SB. Treatment of segmental cafe-au-lait macules using 1064-nm Q-switched Nd:YGA laser with low pulse energy. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34(7): 223-4.
- 29 – Sethuraman et al. Melanin index in assessing the treatment efficacy of 1064 nm Q switched Nd:Yag laser in nevus of Ota. *J Cutan Aesth Surg* 2013; 6(4): 189-93.
- 30-Nouri K. Lasers in dermatology and medicine. Springer 2011 Heidelberg Chapter 2 "Laser Safety, Regulations, Standards and Practice Guidelines" pages 25-33; Chapter 29 "Prevention and treatment of laser complication" pages 365-377.
- 31-Sahin MT. lazer kullanım öncesi, sonrası alınması gereken önlemler. *T Klin Dermatol J Cosmetol* 2009; 2(4): 74-78.
- 32-Alam M, Warycha M. Complications of Lasers and light treatments. *Dermatologi Therapy* 2011; 24: 571-580.
- 33-Beeson WH, Rachel JD. Valacyclovir prophylaxis for herpes simplex virus infection following laser skin resurfacing. *Dermatol Surg* 2002; 28: 331-336.

AKILCI İLAÇ KULLANIMI (DERMOKOZMETİKLER)

Prof. Dr. İdil Ünal

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Akılci ilaç kullanımı tanımı ilk defa 1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır. Hekim, eczacı, hemşire, diğer sağlık personelleri, hasta/ hasta yakını, üretici, düzenleyici otorite ve diğer medya, akademi gibi alanlar sorumluluk sahibi faktörlerdir. Akılci olmayan ilaç kullanımı, hastaların tedaviye uyumunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, advers olay görülme sıklığının artmasına ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur. Tanı ve tedavi sürecinde akılci ilaç kullanımı; hastanın sorununun tanımlanması, hekim tarafından doğru tanının konulması, ilaçlı veya ilaçsız, etkili ve güvenilir tedavinin tanımlanması, tedavinin gerçekleştirilebilirliğinin ve maliyetinin değerlendirilmesi, tedavinin başarısı ve hastanın uyuncunun değerlendirilmesi ile başlamalıdır. Eğer ilaçla tedavi uygulanacaksa uygun ilaçların seçimi, çoklu ilaç kullanımlarında etkileşimlerin öngörülmesi, her bir ilaç için uygun dozun ve uygulama süresinin belirlenmesi ve uygun reçetenin yazılması gerekmektedir. Bu aşamada güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınmalıdır. Hasta ve hasta yakını tedavi hakkında bilgilendirilmelidir.

DSÖ tarafından akılci ilaç kullanımının teşvik edilmesi için önerilen 12 temel müdahale:

1. İlaç kullanım politikalarını koordine edecek ve bunların etkilerini izleyecek kurum
2. Eğitim denetim ve karar alma süreçlerinin desteklenmesine yönelik Klinik Tanı ve Tedavi Rehberlerinden yararlanma
3. İlk seçenek tedavileri esas alan temel ilaçlar listesi oluşturma
4. Bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi kurulları kurma
5. Mezuniyet öncesi müfredat programında probleme dayalı farmakoterapi eğitimi vermeyi sağlama
6. Bir gereklilik olarak hizmet içi sürekli tıp eğitimleri düzenlenmesi
7. Kurumsal çerçevede izleme, denetim ve geri bildirim sistemlerinin geliştirilmesi
8. İlaçlar konusunda bağımsız (tarafsız bilgi) bilgi kaynaklarını kullanma
9. Kamuoyunun ilaçlar hakkında eğitilmesi
10. Etik olmayan mali girişimlerden sakınılması
11. Uygun ve zorunlu düzenlemeleri hayata geçirme
12. İlaçların ve personellerin mevcudiyetini güvence altına almaya yönelik yeterli devlet harcamalarının sağlanması olarak sıralanabilir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı bünyesinde, akılci ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar, yaklaşık 20 yıldır sürmektedir. 12 Ekim 2010 tarihinde bakan oluru ile, Akılci İlaç Kullanımı Birimi kurulmuştur. 19 Mart 2012 tarihinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Bünyesinde Akılci İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi kurulmuştur.

İllerde koordinasyonu sağlamak amacıyla 81 ilde İl Sağlık Müdürlüklerinde Akılci İlaç Kullanımı İl Temsilcisi bulunmaktadır. Hastane Hizmet Kalite Standartları gereğince, hastanelerde planlama yapmak ve faaliyetlerde bulunmak amacıyla Akılci İlaç Kullanımı Ekipleri oluşturulmuştur. Akılci dermokozmetik kullanımı temel olarak güneşten

koruyucuların, temizleyicilerin, nemlendiricilerin, yaşlanma karşıtı ürünlerin kullanım ilkeleri ve ürün özellikleri konusunda bilgi sahibi olmakla başlar. Güneşten koruyucular hem UVA hem UVB ye karşı korumalı, iyi tolere edilmeli, kozmetik olarak kabul edilebilir olmalı, nontoksik, fotostabil, suya dayanıklı ve en az SPF:15 değerine sahip olmalıdır. Maruziyetten en az 15-20 dakika önce uygulanmalı, eşit miktarda uygulanmalıdır (ideali 2mg/cm², tüm vücut 30ml). Dudaklar da korunmalı, 2 saatte veya aşırı efor- yüzme sonrası tekrarlanmalıdır. Son kullanma tarihine dikkat edilmelidir.

Temizleyici olarak asidik pH lı, nemlendiricileri içeren, yüksek durulanma özelliği olan, non-iyonik-silikon sürfaktan özelliğindeki likit yüz temizleyicileri derinin nem bariyerine ve normal deri florasına en az hasar verirler ve tercih edilmelidirler.

Nemlendiricilerin kullanımında dikkat edilecek bazı noktalar etkinliği arttırmakta ve oluşabilecek yan etkileri azaltmaktadır. Nemlendiricilerin iritasyon yapabilecek maddeleri içermemesine dikkat edilmelidir. Okluzif olanlar iritasyon yapabilir, gözenekleri tıkayabilir, yağlı ve hassas deriler için uygun değildirler. Vücut nemlendiricilerini banyodan hemen sonra, deri hafif nemliken uygulamak en iyi sonucu verir. Üre içeren nemlendiriciler etkindir, ancak bebeklik çağında kullanılmamalıdır.

Yaşlanma karşıtı topikal ürünler aktif ajan içermektedirler. Etkinlikleri, yan etkileri ve kullanım şekilleri ile ilgili bilgi sahibi olunması gerekmektedir. Bu alanda sık kullanılan-çalışılmış dermokozmetikler; Vitaminler (A, B3, C, E, Panthenol), peptidler, hidroksi asitler, glukozaminler, seramidler ve metallerdir. Dikkat edilmesi gereken özellikleri, ürün formülasyon özellikleri, stabilite sorunları, iritasyon etkileri ve çalışmalarla kanıtlanmış etkinlikleridir.

Pek çok kozmetik içerik etkinlikleri hafif olsa da uzun kullanımda derinin yapısını iyileştirmektedir. Ölçüm sistemlerinin, vücut yüzeylerinin ve formülasyon tiplerinin farklılığı nedeniyle bunların etkinlik derecelerini karşılaştırmak oldukça zordur. Trans-retinoik asit en güçlü etkili yaşlanma karşıtı topikal ürün olarak kabul edilmektedir. Ancak değişik etki mekanizmalı maddelerin kombinasyonu (Vit B3-şeker amin gibi) etkinliği arttırabilmektedir. Bununla birlikte bu alanda araştırılabilecek sonsuz ürün (peptidler, doğal ürünler) mevcuttur.

Dermokozmetikleri kullanmadan kullanılan ürünün içeriği, etkinliği, olası yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmak gerekir. Bunun için en kısa ve güvenli yol dermatoloğa danışarak bu seçimleri yapmaktır. Bu şekilde kişinin deri yapısı ve özelliklerinin değerlendirilerek doğru ürünle buluşturulması en akılcı şekilde gerçekleşir.

GÖZ ÇEVRESİ DERMATOKOZMETOLOJİK UYGULAMALAR: PİGMENTASYON

Murat Borlu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Kayseri

Periorbital hiperpigmentasyon (POH) azımsanmayacak ölçüde sık karşılaşılan kozmetik bir problemdir. Gözaltında koyu halkalar olarak da isimlendirilen bu durum bilateral homojen maküller olarak karşımıza çıkar. Nadiren göz çevresine de yayılır. 16-25 yaşlarında başlayabilir ve genelde ailede hikâyesi vardır. Erkeklerde görülse de daha çok kadınlarda görülür. Nedenleri sıralanacak olursa; genetik, yapısal nedenler, anemi, egzema atopik dermatit gibi nedenlere bağlı dermal melanin birikimi ve postinflamatuvar hiperpigmentasyonlar, yüzeysel damarlanma artışı, göz altı çöküklüğü, periorbital ödem, demarkasyon hattının genişlemesi, latanoprost gibi ilaçlar, uykusuzluk, fazla alkol tüketimi, sigara ve stres sayılabilir. POH görünümüne göre pigmente, vasküler, yapısal ve mixt tip olmak üzere 4 alt tipe ayrılabilir. Tedavisinde topikal ajanlar (hidrokinon, kligman formülü, tretinoin, kojik asid, azeleik asit, arbutin, c vitamini, güneş koruyucular), kimyasal peeling, laserler (Q-switched; ruby-alexandrite-NdYAG, CO2, fraksiyonel), otolog yağ nakli, dolgular, PRP, cerrahi (blefarplasti), ve karboksiterapi kullanılabilir.

GÖZ ÇEVRESİ DERMATOKOZ METOLOJİK UYGULAMALAR DERİ HASTALIKLARI

Prof. Dr. Seher Bostancı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalılar Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Ksantelazma

Sarımsı-turuncu renkte, üstü düz plaklarla karakterize olan bu hastalık göz kapağının her yerine yerleşmekle birlikte en çok iç kısma yerleşir. Yaşlılarda daha çok görülür ve genellikle bilateralidir. Altta yatan bir dislipideminin belirtisi olarak da ortaya çıkabilir. Benign bir oluşumdur, daha çok kozmetik olarak kişileri rahatsız eder. Ksantelazma palpebrarumun klasik tedavisi cerrahi eksizyondur. Eksizyon kötü skar oluşum riskini de taşıyabilir. Lazer tedavileri iyi kozmetik sonuçlarıyla eksizyonel cerrahi tedaviye iyi bir alternatif teşkil etmektedir. Triklorasetik asit (TCA), kriyoterapi de tedavide kullanılan diğer ajanlardır. Lazer tedavileri; TCA ve kriyocerrahiye göre daha az seansa ihtiyaç gösterilmesi, daha kısa iyileşme süresi, yüksek başarı oranıyla da üstün görünmektedir. CO₂, yttrium aluminium garnet (YAG), argon, pulsed dye (PDL), Q-switched Nd Yag ve 1450 nm diode laserler bu amaçla kullanılmaktadır.

Siringoma

Siringomalar daha çok kadınlarda, göz çevresinde görülen benign adneksal tümörlerdir. Klinik olarak 1-3 mm çapında, deri renginde papüllerle karakterizedir. Göz çevresi dışında diğer deri bölgelerinde de görülebilirler. Tedavide cerrahi eksizyon, elektrodessikasyon, CO₂ lazer ve fraksiyonel lazer, CO₂ ve radyofrekans kombinasyonu, kriyoterapi, TCA kullanılmaktadır. Son yıllarda CO₂ lazer en sık kullanılan tedavi olarak karşımıza çıkmakla birlikte, erbium yttrium aluminium garnet (Er=YAG) lazerin de başarılı sonuçlar verdiği ve daha az çevre doku hasarına yol açtığı görülmektedir. CO₂ lazer, botulinum toksin A ile kombine edilerek de periorbital siringoma tedavisinde kullanılmış ve sadece CO₂ lazere göre daha başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir.

Apokrin Hidrokistoma

Periorbital bölgede sık görülen benign tümörlerdendir. İnsizyon, drenaj, cerrahi eksizyon, pulsed dye ve CO₂ lazer, elektrocerrahi tedavide kullanılan yöntemlerdir. Büyük kistlerin tedavisinde cerrahi eksizyon daha çok kullanılır. Bu da kötü skar oluşumu, göz kapağı retraksiyonuna yol açabilir. TCA büyük apokrin hidrokistomaların tedavisinde de başarıyla kullanılabilen, uygulanması kolay bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ekrin Hidrokistoma

Multipli veya soliter olarak görülebilen derinin benign tümörlerindendir. Genellikle yüzde ve periorbital bölgede görülür. Sıcaklık artınca genişler, düşünce regrese olur. Tedavide eksizyon, elektrokoterizasyon, kriyoterapi, lazer (1450 nm diode), botulinum toksin A kullanılmıştır.

Kolloid Milyum

Erişkinlerde görülen kolloid milyum, küçük, ufak, beyazımsı-sarımsı papüllerle karakterize, daha çok güneş gören yerlerde görülen lezyonlar şeklindedir. Tedavide genellikle destrüktif yöntemler kullanılır. Non ablativ 1550 nm erbium-glass fraksiyonel lazer, long-pulsed Er

9. Uludağ Dermatokozmetoloji Günleri

YAG lazer, fraksiyonel CO₂ lazer, dermabrazyon, kimyasal peeling, kriyoterapi, topikal retinoitler, fotodinamik tedavi bu amaçla kullanılmıştır.

Kaynaklar:

- ✓ Ş.Güngör et al. Erbium: YAG laser ablation versus 70% trichloroacetic acid application in the treatment of xanthelasma palpebrarum. J of Dermatological Treatment 2014, 25,290-293
- ✓ H Austin et al. Systematic review of laser therapy in xanthelasma palpebrarum. Int. J. of Dermatology 2017,56, e 47-e55
- ✓ Yukie Kitano. J of Cosmetic and Lazer Therapy. Erbium YAG laser treatment of periorbital syringomas by using the multiple ovoid-shape ablation method. 2016 Vol 18, 5, 280-285
- ✓ BS Kiyanna Williams et al. Evaluation and management of the patient with multiple syringomas. A systematic review of the literatür J. Am Acad Dermatol 2015, Vol 74, 6, 1234-1240
- ✓ RA Dailey et al. Treatment of Multiple Apocrin Hidrocystomas With Trichloroacetic Acid. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 2015 Vol 21, 2, 148-150
- ✓ R Meys et al. Treatment of multiple periocular ecrine hidrocystomata: is botulinum toxin or electrocautery more effective? Clinical and Experimantel Dermatology 40(1), January. 2015, 101 – 103
- ✓ YP Zeng, et al. A Split- face treatment of adult colloid milium using a nonablative, 1550 nm, erbium-glass fractional laser. JEADV Volume30, Issue 3, March, 2016, 490-491

GÖZ KAPAĞI DÜŞÜKLÜĞÜ, GÖZALTI TORBALANMASI VE GÖZYAŞI OLUĞU DEFORMİTELERİNE DERMOKOZMETİK YAKLAŞIM

Doç. Dr. Recep Dursun

N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları A.D.

Yaşlanma Fizyolojisi

1. Deri :

- Turgor azalması
- Kalınlıkta azalma
- Kollajen ve elastik liflerde azalma
- Fibroblast aktivitesinde sayısında azalma
- Kan damarlarında ve ESS sıvıda azalma

2. Yağ Dokusu:

- Yağ dokusunda azalma ve atrofi
- Yağ yastıkcıklarının yer değiştirmesi

3. Kas Dokusu:

- Tonus kaybı
- Kas dokusunda atrofi

4. Kemik Dokusu:

- Kemik dokusunda aşınma
- Osteoblastik aktivitede azalma

Göz Çevresi Yaşlanması

1. Göz çevresi (periorbital bölge); kaşlar, üst ve alt gözkapakları, glabellar bölge ve perikantal bölgeden oluşan bir yapıdır ve bu yapılar birbiri ile koordineli olarak çalışır
2. Periorbital bölgede yaşlanma ile deride elastikiyet kaybı, kırışıklık, yumuşak dokuda azalma, atrofi, ligamenter yapı ve fasialarda atrofi ve kemik kaybı görülür
3. Yaşla birlikte özellikle derin yağ kompartmanlarındaki azalma, düşme ve yer değiştirme yüz yapısını ve güzelliğini de bozar
4. Göz çevresinde yaşlanma karşıtı işlemlerin yapılabilmesi için yaşlanma sürecinin, bölgede görülebilecek lokal veya sistemik hastalıkların ve bölge anatomisinin iyi bilinmesi gerekmektedir

A. Periorbital Bölge Kasları:

1. M.Occipito-frontalis: frontal kısmı kaşları ve alını yukarı kaldırır . Yaşla birlikte frontal kasın kontraksiyon bozukluğuna bağlı olarak kaş şekli değişir. Volum kaybı, kaş pitozu, üst gözkaşağı pitozu, dermatoşalazi görülür. Yaşla birlikte kaşın medial kısmı yukarı çıkar ve lateral kısmı aşağıya iner.
2. M. Corrugator Süpercili: Frontal kemiğin nazal kısmından köken alır, laterale doğru uzanarak kaşın medial üçte biri olan kısmının içine girer. Kontraksiyonu ile kaşların medial kısmını kaldırarak hareket sağlar ve vertikal glabellar kırışıklıklardan sorumludur
3. M. Depresör supercili: Frontal kemiğin nazal kısmından köken alır ve kaşın medial kısmının içine girerek kaşın depresyonuna ve glabellar bölgenin alt

9. Uludağ Dermatokozmetoloji Günleri

kısının kontraksiyonuna neden olur.

4. M. Procerus: Nazal kemiğin lateral kısmından köken alır ve kaş medialinin içine doğru uzanır. Procerus kontraksiyonu ile kaşların medial kısımları deprese olur ve glabelladaki horizontal çizgileri oluştururlar.

5. M. Orbikülaris Oculi: Göz kapaklarının sfinkter kasıdır. 3 bölüme ayrılır: pretarsal, preseptal, orbital.

Pretarsal kısmı incedir, göz kırpmaya hareketinden sorumludur. Bu kasın zayıflaması sonucu gözkapağı şeklinde değişiklik görülür.

Preseptal kısmı istemli-istemli gözkapağı kapanmasından sorumludur. Fonksiyonunda azalma gözkapağı hareketlerinin yavaşlatılmasına neden olur.

Orbital kısım frontal kasın içine girer ve primer olarak gözkapağının güçlü bir şekilde kapanmasından ve kaşın depresyonundan sorumludur. Periorbital kırışıklıklar kastaki kasılmalara bağlı ortaya çıkar

B. Periorbital Bölge Yağ Dokusu:

3 bölgede bulunmaktadır:

1. Subkutan yağ dokusu: Göz kapağı derisinde çok ince bir subkutan yapı bulunmaktadır. Alt gözkapağı ile yanak bölgesi arasındaki geçiş çizgisi önemlidir. Bu bölge gözaltı torbalanmaların olduğu bölgedir.

2. Orbicularis kas altı yağ yastıkcıkları: Üst kısımda kaşın posterior kısmında retroorbikularis oculi (ROOF) yağ dokusu uzanır. Alt kısımda ise orbital rim inferiorunda ve orbicularis oculi kasının posteriorunda SOOF (suborbikularis oculi yağ dokusu) uzanır. Derin yanak yağ dokusu ile bitişiktir. Orbital rim ve maksillanın derin yağ sistemini oluştururlar

3. Orbital yağ dokusu: Bukkal yağ dokusuna benzer. İlerleyen yaşla birlikte orbital ligamentlerin desteğinin kaybı, suborbiküler yağ dokunun incilmesi ve orbital kemiğin büyümesi sonucu daha belirgin hale gelir

C. Üst Göz Kapağı Kasları:

1. Üst göz kapağı M. Levator Palpebra süperfisialis ve Müller kası ile hareket eder. Göz kapağı 15 mm ye kadar kaldırılır.

2. M. Levator palpebra Süperficialis, Okülomor (3.kranial) tarafından uyarılır

3. M. Orbikülaris okuli, M. Korrugatör Süpersili ve M. Proserus tarafından üst göz kapağı kapatılır

4. M. orbikülaris Okuli, Fasial sinir (7.kranial) tarafından uyarılır. Normal göz açıklığında üst göz kapağı serbest kenarı üst limbusun 1.5-3 mm aşağısındadır

D. Üst Göz Kapağı Yapıları:

Üst göz kapağı dıştan içe dokuz anatomik bölge halinde incelenebilir.

1. Deri

2. Kapak kenarı

3. Derialtı doku

4. Orbikularis okuli

5. Orbital septum
6. Levator palpebra kası
7. Tarsal plaklar
8. Düz kas (Müller kası)
9. Konjonktiva

E. Üst Göz Kapağının Stabilesini Sağlayan Yapılar:

1. Tarsal yapılar: Hilal şeklinde sert fibröz yapıdan oluşmuş üst ve alt göz kapaklarında bulunan, içte ve dışta birleşerek iç ve dış kantallı ligamentleri oluşturarak ve orbita kenarına tutunarak göz kapaklarının bütünlüğü ve iskeletini oluştururlar
2. Orbital septum: Orbita kemik kenarından tarslara uzanan fibröz bir dokudur. Göz kapaklarını orbitadan ayırır. Arkasında orbital yağ dokusu bulunur

F. Üst Göz Kapağı Düşüklüğü Nedenleri:

A. Yaşlanmaya bağlı (senil değişiklikler)

1. Kaş düşüklüğü
2. Yumuşak doku atrofileri
3. Kaslarda ve ligamentlerde laksite, atrofi, güçsüzlük
4. Senil aponerotik pitozis(M.levator palpebra kası aponevrozunda incelleme, ayrılma)
5. Dermatoşalazis (kapak torbalanması)
6. Senil entropion ve ektropion (lateral kanthal tendon laksitesi)
7. Yağ dokusu prolapsusu, atrofi
8. Damarsal ve lenfatik yapıda bozulma, atrofi
9. İskemik değişiklikler-ödem: (DM, Kalp hast, Akciğer hast, Böbrek hast, Mekanik irritasyon, Kronik enf., tiroid hast, Ateroskleroz, sigara, alkol kullanımı)
10. Uzun süre güneşe maruziyet
11. Genetik yatkınlık

b. Diğer nedenler

1. Konjenital Pitozis:

- Miyopatik
- Blefarofimozis
- Nörolojik
- Synkinetik pitozis
- Homer's sendromu
- 3.Kraniyal sinir paralizi

2. Edinsel Pitozis:

- Aponerotik (travma, cerrahi sonrası, allerji, kontakt lens)
- Miyopatik (myastenia gravis, oftalmopleji, miyotonik distrofi, kutis laxa)

Tiroid hastalıkları
Nörolojik (Homers sendromu, 3.kraniyal sinir felci)
Kollajen doku hastalıkları(multipl skleroz)
Mekanik (kitle oluşumu, tümörler)
Postravmatik
Psödopitozis

G. Üst Göz Kapağı Düşüklüğü Tedavileri:

1. Cerrahi tedaviler:

A. Blefaroplasti

- Fazla derinin eksizyonu
- Fıtıklaşan yağ dokusunun eksizyonu
- M. Orbikülaris okulinin düzeltilmesi

B. Müller kası rezeksiyonu

C. Tarsamyektomi

D. M.Levator Palpebra kası ve aponevrozunun kısaltılması, düzeltilmesi

E. Frontalis Sling: Zayıf kaslarda yapılan askılama

2. Laser uygulamaları

A.Fraksiyonel CO2 lazer

B.Erbium:YAG lazer

3. Plexr uygulaması

4. Diğer tedaviler (yardımcı tedaviler)

A. Botox uygulamaları

- Kaşların kaldırılarak pitozun azaltılması
- Kırışıklıkların azaltılması
- Depresör kasların güçsüzleştirilmesi

B. Dolgu uygulamaları

- Kaşların kaldırılması
- Üst göz kapağının yukarı çekilmesi
- Üst kısımda kaşın posterior kısmında retroorbikularis oculi

(ROOF) yağ dokusu içine dolgu uygulanabilir

C. İp uygulamaları

- Kaşların kaldırılması
- Kaş bölgesi kollajen uyarımının artırılması
- Kaş bölgesi mikrosirkülasyonun artırılması

D. Mezoterapi-PRP uygulaması

E. Yüksek yoğunlukta odaklandırılmış ultrason-high intensity focused ultrasound(HIFU) uygulamaları

- Alın ve kaşların kaldırılması

H. Göz Altı Anatomisi

a. Gözaltı kapağı kapak kenarından orta yüz hattına giden ve sadece göz çevresi ile ilgili değil çevre yapılarla da bağlantılı bir organdır.

b. Gözaltı kapağı yetersiz subkutan dokuya sahip vücudun en ince yapılı organıdır.

- c. Güzel görünümlü alt göz kapağı vertikal yüksekliği az, düz, sıkı, kırışık ve katlantısı olmayandır.
- d. Derinde M.orbikülaris okuli kası, üzerinde İnferior oblik kas ve ligamenti olan Lockwood's ligamenti ile lateral, sentral ve medial olarak üç kompartimana ayırdığı yağ yastıkçıkları vardır
- e. Orbital septum ve Lockwood's ligamentin sıkı oluşu yağ dokularının fıtıklaşmasını engellediği gibi göz kapağı kenarından orbital rime karar olan bağlantıyı mükemmel şekilde sağlar ve güzel görünüm verir
- f. Göz altı yapılarını aşağıdan Yanak ve medial yağ yastıkçığı destekler

İ. Göz Altı Torbalanması-Göz Yaşı Oluğunun Oluşma Nedenleri

Göz altında yaşlanma ile 3 oluşum meydana gelir

1. Üst konveksite artışı: Alt göz kapağı kenarından sulkusa kadar olan alanda torbalanma
2. Sulkus: Göz yaşı oluşu(tear troug)
3. Alt konveksitede artışı: Sulkustan malar bölgeye uzanan torbalanma
 1. Üst konveksite artışı:
 - a. Deri ve orbital septumda laksite artışı
 - b. Lockwood ligament yetmezliği
 - c. Yağ yastıkçıklarının azalması, yer değiştirmesi ve fıtıklaşması
 - d. Kronik ödem
 - e. Vasküler yetmezlik ve lenfatik drenaj bozukluğu
 - f. Alkol, sigara ve bazı göz ilaçları kullanımı
 - g. Yüz üstü uyuma
 - h. Uzun süre ultraviyoleye maruz kalma
 - ı. Sistemik hastalıklar (DM, böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları, kollajen doku hastalıkları..)
 2. Sulkus: Göz yaşı oluşu: Tear trough
 - a. Gözyaşı oluşu deformitesi, periorbital çukurun 1/3 medialinde kalan kısım olarak tanımlanır ve periorbital bölge yaşlanmasında ilk görülen bulgularından biridir. Her zaman ileri yaşlarda görülmez. Bazen genç yaşlarda da görülür. Bu oluşun belirginleşmesi yüzün genel görünümünü etkiler
 - b. Buna neden olan faktörlerden biri de retaining ligamanların yaşla birlikte kalınlaşması ve gerilme kapasitesinin azalmasıdır.
 - c. Gözyaşı oluşuna neden olan bir diğer faktör ise alt göz kapağı yağ kompartmanlarının yüzeyel olarak fıtıklaşmasıdır
 - d. Gözyaşı oluşu deformitesinin nedeni multifaktöryeldir. Volum kaybı en önemli nedendir. Orbital yağ fıtıklaşması, derinin incilmesi ve laksidite kaybı diğer nedenlerdir
 - e. Gözyaşı oluşu klasifikasyonu:
 - I. Hafif: Üst konveksite artışı
 - II.Orta: Üst ve alt konveksite artışı
 - III.Şiddetli: Üst ve alt konveksite artışı, malar pad düşüklüğü

3. Alt konveksitede artış:

a. Malar yağ yastıkçıklarının orbital rimden aşağıya doğru düşmesi, azalması

b. Yağ yastıkçıklarının fıtıklaşması

J. Göz Altı Torbalanması-Göz Yaşı Oluğunun Tedavileri

Kozmetik veya cerrahi tedaviler uygulanabilir. Kozmetik tedaviler öncesinde:

1. Sistemik hastalıkların, ödemin, hastanın kullandığı ilaçların değerlendirilmesi
2. Bölge anatomisi ve gözaltı torbalanma nedenlerinin araştırılması
3. Orta yüz hattının değerlendirilmesi
4. Snap-back, lateral ve medial kantus laksite testlerinin yapılması gerekmektedir. Özellikle 3 ve üzeri derecelerde kozmetik tedavilerden ziyade cerrahi tedaviler ön plandadır.

Snap-back testi:

Derece 0: çekilen alt göz kapağının bırakılınca hemen düzelmesi

Derece 1: 2-3 sn de yerine gelmesi

Derece 2: 4-5 sn de

Derece 3: >5 de ve buruşması

Derece 4: Yerine gelememesi, buruşma, ektropiyon oluşumu

Lateral ve Medial kantus Laksisite Testleri:

a. Lateral kantus laksisite testi

Level 0:

Level 1: 2 mm çekilmesi

Level 2: 2-4 mm

Level 3: 4-6 mm

Level 4: >6 Normal yapısına dönememesi-buruşma

b. Medial kantus laksisite testi

Level 0:

Level 1: 2 mm çekilmesi

Level 2: 3 mm

Level 3: >3 mm

Level 4: Normal yapısına dönememesi-buruşma

K. Göz Altı Torbalanması-Göz Yaşı Oluğunun Tedavileri:

1. Cerrahi tedaviler:

a. Transkonjunktival yaklaşım

b. Transkutanöz yaklaşım

Bu ameliyatlara

- Fıtıklaşan yağ yastıkçıkların replasmanı
- Lockwood ligamentinin düzeltilmesi
- Fazla derinin çıkarılması
- Otolog yağ dokusu transferi
- Malar bölge yağ yastıklarının yerine çekilmesi
- İnfraorbital rim implant takılması

2. Diğer Tedaviler:

a. Dolgu uygulamaları

1. Gözaltı ve tear trough

2. Midface dolgu uygulamaları

Gözyaşı oluğu deformitesi dolgu uygulama amaçları: SOOF'u

(suborbikülaris oculi yağ dokusu) desteklemek, orbital retaining ligamanı restore etmek, buccal-infraorbital bileşke bölgesini desteklemek ve deri ve deri altı kollajen doku kalitesini iyileştirmektir.

b. Lazer uygulamaları (fraksiyonel CO2-
KTP non ablatif lazerler)

Er:YAG ablatif ve Pulsed DYE-

c. Otolog yağ enjeksiyonları

d. Flexr uygulaması

e. Mezoterapi ve PRP uygulaması

DUDAK VE PERİORAL BÖLGEDE DERMATOKOZMETOLOJİK İŞLEMLER

Doç.Dr. Zehra Aşiran Serdar

İstanbul

Son yıllarda yaşlanmaya bağlı perioral bölgede oluşan kırışıklık ve elastikiyet kaybının tedavisinde birçok farklı yöntem kullanılmaktadır (1). Yaşlanmaya bağlı atrofi özellikle dudanın üst kısmında barkod çizgileri ve dudakta volum kaybı olarak kendini göstermektedir. Perioral bölge ve dudaklarla ilgili minimal invaziv kozmetik uygulamalar; kozmetik sektörde hızlı gelişen cihazlar ve ürün skalası ile beraber, dermatologların bu konuya olan ilgilerinin artmasına neden olmuştur. Genellikle dolgu uygulamaları dudakta altın standart olarak yerini almaktadır.

Perioral Bölge Uygulamaları

- ▶ Radyofrekans
- ▶ Fraksiyonel lazerler
- ▶ Peelingler (AHA,TCA)
- ▶ PRP uygulamaları
- ▶ Mezoterapi uygulamaları
- ▶ Botulinum toxin uygulamaları
- ▶ Dolgu uygulamaları

Radyofrekans Uygulamaları

Dermiste elektrik enerjisini termal enerjiye dönüştürerek kollajen sentezini uyarır ve rejuvenasyonu sağlar. Genellikle non invaziv uygulamalarda ablatif ve non ablatif lazerler kullanılmasına rağmen son yıllarda bu tedavilere alternatif olarak iyileşme sürelerinin kısa olması nedeniyle radyofrekans uygulamaları hem hekim hemde hastalar tarafından tercih edilmektedir. Radyofrekans uygulamaları fasiyal rejuvenasyonda etkili, tolere edilebilir ve güvenlidir (2).Ayrıca fraksiyonel lazer sonrası hiperpigmentasyon riski daha fazla olabilmektedir (3) .

Fraksiyonel Lazerler

Kontrollü bir fototermal veya fotomekanik hasar ile epidermis ve /veya dermisin bir kısmını ortadan kaldırarak oluşturdukları doku ablasyonu, ablate edilmiş doku çevresinde ürettikleri rezidüel ısı (koagülasyon) ile kollajenin yeniden üretimini, yapılanması ve depolanmasını sağlarlar (4).

Kimyasal Peeling Uygulamaları

Deriye kimyasal soyucu ajanın uygulanması ile kontrollü epidermal ve/veya dermal hasar oluşturulması sonucu gelişen yara iyileşmesi ve derinin yeniden şekillendirilmesi işlemidir. Peeling uygulaması kolay, ucuz ve etkinliği iyi olan bir yöntemdir. Fotohasarlı deride düzensiz pigmentasyon, kırışıklıklar, elastisite kaybı, için kullanılan peelingler AHA, SA, TCA olarak sıralanabilir. Ancak ileri düzey fotoyaşlanma bulgularında kimyasal peeling tedavileri diğer tedavi seçenekleri ile kombine edilmelidir (5).

PRP Uygulamaları

Trombositten zengin plazma (PRP) son yıllarda kozmetik dermatoloji alanında da yara iyileştirme prensibi temel alınarak başarı ile kullanılmaya başlanmıştır. Büyüme faktörleri açısından zengin olan PRP kollajen fibroblast ve diğer matriks komponentlerinin üretimini uyarak (TGF α ve β ile neo-kollejenoz, EGF ile) doku rejenerasyonu sağlar (6).

Mezoterapi Uygulamaları

Mezoterapi perioral bölge rejuvanasyonunda Avrupa'da, ABD'nde ve ülkemizde son yıllarda yaygın ve etkili bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Etki mekanizması; fibroblastların optimal fizyolojik kapasitede uyarılması sellüler aktiviteyi artırarak kollajenin yeniden yapılanmasını sağlar. Deride sıkılaşıma, parlaklık ve nem oranının düzenlenmesi, kişinin genç ve daha sağlıklı görünmesini sağlayabilmektedir. Ancak rejuvanasyon mezoterapisinde kullanılan ürünlerin deri üzerindeki güvenilirlik, etkinlik ve etki mekanizmaları hakkında bilimsel verilerin çok az olması nedeniyle daha çok araştırma ve çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir(7).

Botulinum Toxin Uygulamaları

Perioral bölgede çok dikkatli ve az miktarda uygulama yapılması önemlidir. Perioral bölgede diğer tedavilerle kombine edilmesi iyi sonuçlar alınmasına yol açar (8).

Dolgu Uygulamaları

Dudak için en önemli ve altın standart uygulama dolgudur. Perioral bölgede diğer tedavilere ek olarak dolgu uygulamaları yapılması daha başarılı sonuçlar doğurur (9).

Kaynaklar

1. Ali MJ, Ende K, Maas CS. Perioral rejuvenation and lip augmentation. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2007 Nov;15(4):491-500.
2. Lolis MS, Goldberg DJ. Assessment of safety and efficacy of a bipolar fractionated radiofrequency device in the treatment of periorbital rhytides. *J Cosmet Laser Ther.* 2014 Aug;16(4):161-4.
3. Joel L. Cohen MD, Steven F. Weiner MD, Jason N. Pozner MD, Omar A. Ibrahim MD PhD,^d David B. Vasily MD, E. Victor Ross MD, and Zena Gabriel MD. Multi-Center Pilot Study to Evaluate the Safety Profile of High Energy Fractionated Radiofrequency With Insulated Microneedles to Multiple Levels of the Dermis November 2016 | Volume 15 | Issue 11 | Original Article | 1308 | Copyright © 2016.
4. Nelson AA, Lask GP: Principles and practice of cutaneous laser and light therapy. *Clin Plast Surg* 2011;38:427-36.
5. Zehra Aşiran Serdar Kimyasal Soyma İşlemi Sonrası Bakım Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics 2016;9(4):50-2
6. Erol Koç, Ali Şahan. Kozmetik Dermatolojide Plateletten Zengin Plazma ile Kombinasyon Tedavileri Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics 2014;7(3):20-4
7. Zehra Aşiran Serdar "Yüz ve Boyun Rejuvanasyonunda Mezoterapi." Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics 2014;7(4):17-21.
8. Semchyshyn N, Sengelmann RD. Botulinum toxin A treatment of perioral rhytides. *Dermatol Surg.* 2003 May;29(5):490-5; discussion 495.
9. H. Cartier, P. Trevidic, B. Rzany, et al. *Journal of Drugs in Dermatology.* January 2012 • Volume 11 • Issue 1 (Supplement)

ÇENE

Doç. Dr. Zekayi Kutlubay

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Modern tıptaki gelişmeler ve yeni teknikler sonucu yaşam sürelerinin giderek uzaması ile birlikte bireylerde daha sağlıklı ve genç görünme isteği de ön plana çıkmıştır. Bu nedenle yaşlanmanın önemli bir sonucu olan hacim kaybına bağlı oluşan kırışıklıklar, kıvrımlar, deride gevşeme ve sarkmalara yönelik işlemler giderek artmış ve önem kazanmıştır. Özellikle invaziv olmayan dermokozmetik uygulamaların; cerrahi uygulamalara göre daha ekonomik ve ofis ortamında uygulanabilir olması, uygulama sonrası bakım gerektirmemesi, iş ve sosyal yaşamdan uzak kalınmaması ve yan etkilerinin minimal olması nedeniyle son yıllarda giderek kullanımı artmaktadır. Bununla birlikte bazı bireylerde dermokozmetik uygulamaları, cerrahi tedavileri geciktirmek için veya bu tedavilere yandaş olarak uygulanabilmektedir.^{1,2}

Yüzün üst ve orta alanlarında, botulinum toksini ve dolgu uygulamaları oldukça başarılı olup, hasta memnuniyetleri yüksektir. Ama çenenin de yer aldığı alt yüz bölgesinde durum biraz farklıdır. Bu alanda sadece botulinum toksini ve dolgu ile hastayı memnun etmek zordur. Zamanla ortaya çıkan çene bölgesindeki sarkmalar için, o bölgeyi toparlayabilecek ip gibi uygulamalar daha etkili olmaktadır.

Çene bölgesini toparlamak, sıkılaştırmak, deri dokusunu ve kalitesini iyileştirmek için; botulinum toksini, dolgu, mezoterapi, trombositten zengin plazma, mikroigneleme, ip ile asma, lazer ve ışık sistemler, radyofrekans, kimyasal peelingler gibi dermokozmetik uygulamalar yapılabilir.

Dolgu maddeleri etki mekanizması olarak hacim artırıcı veya doku uyarıcı ajanlar olarak sınıflandırılırlar. Bununla birlikte her iki mekanizmayı kullanan ajanlar da bulunmaktadır. Çene bölgesine hem hyaluronik asit içeren kalıcı olmayan hem de yarı kalıcı dolgu maddeleri enjekte edilebilir. Bunlar hacim kaybını restore etikleri gibi, lifting etkisi sağlayarak sıkılaşma da yaparlar.^{3,4,5}

Çene bölgesine iki amaçla botulinum toksin uygulaması yapılabilir. Bunlar pürüklü çene ve Nefertiti liftingidir. Çene bölgesine portakal kabuğu görünümünü bu bölgedeki kollajen ve subkutan dokuda yağ kaybı ile beraber mentalis kasının sürekli olan kontraksiyonları sağlar. *Mentalis* kası çeneyi kaldırır ve alt dudağı aşağıya doğru döndürür. Pürüklü çene görünümünü azaltmak için mental kasın tam ortasına tek noktadan veya orta hattın iki yanına toplam 5-10 Ü Botox® veya 20-40 ünite Dysport® olacak şekilde uygulama yapılır. Nefertiti yüzü için hem mandibula hattı boyunca 3-4 noktadan, hem de platizma bandına enjeksiyonlar yapılır. Burada amaç platizma kasının aşağıya doğru olan depressör etkisini zayıflatmaktır.^{6,7}

Bir diğer uygulama iplerler yapılan askılama tedavileridir. İplikleri kullanılarak yapılan lifting tedavisi; ince ve kısa, biyolojik olarak absorbe edilebilen/antimikrobiyal filamentlerle cilt yenilenmesine yardımcı ve yanında doku kaldırıcı etkilere sahip bir non-invaziv işlemdir.

İp uygulamasındaki ana amaç deri kalitesini arttırmak ve deri ve deri altı dokularda fibroblastları uyarak kollajen sentezi sağlamaktır. Böylece lifting etkisi oluşturulacaktır. Hedef bölgeye yerleştirilen çoklu uzun iğneler rotasyon hareketiyle birlikte mekanik bir sinyal oluşturur ki bu da yumuşak dokuda çoklu bir yanıtı başlatır. Uygulamadan hemen sonra mekanik lifting etkisi görülmekle birlikte asıl etki altıncı haftadan itibaren, kollajen sentezinin artmasıyla başlar. Özellikle PDO cinsi ipliklerin 12 haftada erimesiyle birlikte, lifting etkisini sadece yeni oluşmakta olan kollajen doku sağlayacaktır. Yerleştirilen ipliklerin çevresinde olduğu gibi ayrıca iki ipliğin arasında çapraz köprüler halinde de kollajen doku oluşumu görülmektedir.^{8,9}

Mezoterapi ise çok küçük ilaç dozları ile problemlili bölgelere uygulanan intrakutan veya subkutan enjeksiyon işlemidir. Dermis ve subkutan dokunun fiziksel ve kimyasal stimülasyonunda kullanılır. Çene bölgesine yapılan mezoterapide; hyaluronik asit, somon DNA'sı, vitaminler, peptidler, dimetilaminoetanol, prokain, antioksidan maddeler gibi maddeleri içeren kokteyller enjekte edilir. Bu sayede dokuda canlılık, parlaklık ve sıkılaşıma sağlanır.

Kaynaklar

1. Kutlubay Z. Dolgu Enjeksiyonları. A'dan Z'ye Dermokozmetik Uygulamalar-VIII'de. Ed. Serdaroğlu S, Tüzün Y, Kutlubay Z. 1. Baskı. İstanbul, Oray Matbaa. 2016; 13-26.
2. Sherman RN. Avoiding dermal filler complications. Dermatol Clin 2009; 27: 23-32.
3. Serdaroğlu S, Kutlubay Z. Dolgu İnjeskiyonları. Dermatoloji'de. Ed. Tüzün Y, Güre MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008; 2345-2350.
4. Monheit GD, Coleman KM. Hyaluronic acid fillers. Dermatologic Therapy 2006; 19: 141-150.
5. Kutlubay Z, Küçüktaş M. Anti-Aging tedavide Minimal İnvaziv Kozmetik Prosedürler: Botoks, Dolgu Maddeleri, Peeling ve Mezoterapi. Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics 2012; 5(2): 32-39.
6. Carruthers A, Carruthers J. Botulinum Toxin. Bolognia Dermatology's 2. Baskı. Ed Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini Rp. Mosby Elsevier, Spain, 2008; 2381-2389.
7. Küçüktaş M. Botulinum toksini uygulama rehberi. A'dan Z'ye Dermokozmetik Uygulamalar-VIII'de. Ed. Serdaroğlu S, Tüzün Y, Kutlubay Z. 1. Baskı. İstanbul, Oray Matbaa. 2016; 5-11.
8. Yuki S, Kanae T. Thread lift with absorbable monofilament threads (Journal of Japan Society of Aesthetic Plastic Surgery (JSAPS) 2013; 35: 2.
9. Yoon JH, Kim SS, Kim D. Skin Rejuvenation to make use of absorbable PDO thread in Regenerative Medicine. N-Finders Co. Ltd. 2012; 56-59.

BURUN VE YANAK DOLGU UYGULAMASI

Prof. Dr. Başak Kandi

Ankara

Yaşlanmanın bir göstergesi de kırışıklar ve sarkmalar olduğundan bunları yok etmeye yönelik dolgu uygulamaları 100 yıldır kullanılmaktadır. Günümüzde ise hyaluronik asit en sık kullanılan dolgu maddesidir. Hacminin 1000 katı kadar su bağlama kapasitesi vardır. Değişik uygulama alanları olan HA dolgu uygulamaları **elmacık** kemiklerin belirginleştirilmesinde, yüz ovalinin şekillendirilmesinde ve burun şeklinin düzeltilmesinde de uygulanmaktadır.

Nasal Dolgu Uygulaması: Burun eğrilikleri kısmen veya tamamen giderilerek; burun sırtı düzleştirilebilir, burun ucu kaldırılabilir, burun estetiği ameliyatı sonucu oluşan problemler giderilebilir ve burun asimetrisi düzeltilebilir. Nasal Dorsum Dolgusu, Burun Ucu Kaldırılması ve Nasal dorsum Dolgusu+Burun Ucu Kaldırılması için yapılan hyaluronik asit dolgusu rinoplastiye cazip bir alternatif oluşturmuştur.

Nasal dorsum Dolgusu: 1 ± 0.4 mL hyaluronik asit uygulaması yapılabilir. Uygulama burun dorsuma retrograd olarak, düşük basınçla, yavaş bir şekilde uygulanır. Tüm enjeksiyonlar derin subkutanöz yapıya özellikle supra-periost ve perikondriuma uygulanması gerekir.

Burun Ucu Kaldırılması: 0.9 ± 0.3 mL hyaluronik asit uygulaması yapılabilir. Uygulama: Nazolabial bölgeye, kolumellaya ve burun ucuna uygulama intradermal olarak uygulanır. Uygulama sonrasında oluşan en önemli komplikasyonlar; damar yapıların kompresyonu, oklüzyonu ve / veya bu damarların embolizasyonu ile gerçekleşir. Komplikasyonların önlenmesi için yüz anatomisi ve en önemlisi yüzün kanlanması hakkında bilgi sahibi olmak gerekir. Komplikasyon olduğunda: Hyaluronidaz, Topikal nitrogliserin, Sublingual nitrogliserin, PO sildenafil - tadalafil, PO aspirin (100 mg), PO steroid hali hazırda bulunması gerekmektedir.

Yanak Dolgusu: Yüzün en önemli bölümünü yanaklar ve elmacık kemiği oluşturur. Yaşla beraber yanaklarda belirgin bir hacim kaybı olur bu durum yorgun görünmemize neden olur. Bazı insanlarda, ise yanak gereğinden fazla çökük ve düz olur.

Triangle of youth: Elmacık kemikler*, Yanak, Yüz ovali* oluşturur.

Yanak dolgusu zigomatik alana(elmacık kemiklere) ve submalar alana uygulanır. Yanak bölgesine uygulanan HA lifting ve çene konturunun belirginleşmesine ve nazolabial oluklarının derinliğinin azalmasını sağlar. Kanül yardımıyla lineer, retrograd ve fan şeklinde veya deriye dik olarak girilerek HA uygulanabilir. Her bir yanağa 2ml-5ml arasında HA uygulaması yapılabilir. Subkutanöz ve subperiostal alana uygulama yapılır. Uygulama yapılırken yüzün kanlanması ve anatomisi hakkında bilgi sahibi olmak komplikasyon oranımızı azaltır. Komplikasyon olduğunda uygulanacak Hyaluronidaz kullanımı hem hastayı hem de doktoru güvende tutar.

BOYUN ANATOMİSİ

Doç. Dr. Özlem Karabudak

Fulya Acıbadem Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Boyun üstte mandibula alt kenarı, temporal kemik zygomatic prosesi, eksternal occipital protuberens alta manubrium sterni, klavikula, akromioklavikuler eklem, 7. servikal vertebra spinoz prosesi arasında kalan bölgedir. Dekolte Bölgesi Sınırları ise platisma kasının kaudal kısmı, Pectoralis majörün medial liflerinin oluşturduğu bölgeyi tanımlar. Platisma kası bölgesinde zamanla oluşabilen çizgi, kırışıklıklardan sorumludur.

Boyunun estetik görseiliğinde çenenin yüzde ideal yerleşimi son derece önemlidir. İdeal çene için burun uzunluğunun tam ortası ile üst-alt dudak vermilion kenarını birleştiren doğrunun (burun-dudak-çene doğrusu) 3 mm gerisinde olmalıdır. Çenenin bu doğruya göre önde yada çok geride olması boyun estetiğini etkilemektedir. Boyun estetiğinde “Servikomental açı” önemlidir. Bu açı menton ile hyoid kıkırdağı birleştiren bir hat ile Hyoid kıkırdaktan sternal notha çizilen diğer hattın birleşimi ile elde edilir. İdeali 90-105 derecedir. Bu açığı hyoid kıkırdak belirlemektedir. Hyoid kıkırdağı normalde servikal 3-4 kemik hizasındadır. Bunun üstünde ve civarında olması boyunun ideal servikomental açılı olmasına ve mandibulanın alt kenarını keskin görünmesine, bunun altında olması ise boyunun katlantılı, açısız durmasına ve mandibula sınırının silinmesine neden olmaktadır.

Boyun deri altı yağ dokusu platisma kasının üstü ve altı yerleşimi ile iki tabakadan oluşmaktadır. Derinin hemen altı, platisma kası üstü yağ dokusu ince ve fibröz bir doku içermektedir. Ayrıca platisma kasının altında ikinci ve daha yoğun yağ dokusu bulunmaktadır. Bu doku içinde submandibular tükürük bezi de bulunmaktadır. Çenenin altında “Submental fold” olarak tanımladığımız katlantı alanı yaşla ve genetik yapı ile aşağıya doğru sarmakta cervicomenta açının kaybolmasına, kozmetik problemlere neden olmaktadır.

İdeal bir boyun tonusu iyi, parlak, yumuşak görünümlü bir deri, belirgin mandibular hat, servikomental açının 90°-105° olduğu, masseter kas ve submandibular glandların belirgin olmadığı, horizontal- vertikal çizgilerin, platismal bantların/ pigment-vasküler kökenli lezyonların, submental yağ oluşumunun olmadığı bir boyun olarak tanımlanabilir.

Amerikan dermatolojik cerrahi derneğinin 2014 verilerine göre kozmetik işlemler yaptıran hastaların %68 i boyun ve çene altı bölgesinde aşırı yağ birikimini, %65 i ortayüz yanak ve ağız çevresinde çizgi, kırışıklık ve anatomik katlantılarda belirginleşme, %63 ü yüz derisinde sarkma, %61 i ise boyun ve göğüs derisinde çizgi ve kırışıklıklardan rahatsız olduğunu ifade etmektedir. Bu yüzdelere dikkat edilecek olursa boyun ve dekolte estetik kaygıları yüz estetiği ile yarışır bir durumdadır.

Mimikler ve boyunun hareketleri sırasında platismal kasın etkisi ile boyunda Kolye çizgileri olarak tanımladığımız çizgiler gelişmektedir. Güneş hasarı ile derinin üst tabakası olan epidermis kalınlaşmakta, dermiste destek dokusunu oluşturan kolajen, elastin ve ara dolgu maddeleri azalmaktadır.

İçeriğindeki deri ekleri yani bağlıdır. Boyun derisi deri ekleri (kıl, yağ ve ter bezleri) yönünde daha fakir olması nedeni iyileşme yeteneği yüze göre daha azdır. Bu durum ablatif uygulamalarda sınırlayıcı bir rol üstlenir. BU nedenle boyun orta ve alt bölümlerine ise üste bölgeye kıyasla daha düşük enerjiler seçilmelidir.

Günümüzde boyun ve dekolte estetiğinde daha çok ameliyatsız yöntemleri tercih edilmektedir. Bu amaçla geliştirilmiş yöntemler tek başına ya da kombinasyonlar şeklinde kullanılmaktadır.

Boyun Derisinde Pigmentasyon, Fotoyaşlanma Diskromide Yapılan Uygulamalar

Yüz, boyun ve dekolte alanları estetik uygulamalarda bir bütün olarak ele alınmalı bu alanlar arasında uyumsuzluk oluşmamasına dikkat edilmelidir.

Boyunda renk düzensizliklerinde güneşin en büyük neden olması nedeni ile güneş koruyucular kullanılmalıdır.

Pigmente lezyonlar için kimyasal peeling, Retinoik asit türevleri/hidrokinon/kojik asit, 500-800 nm lazerler, IPL, Long pulse Nd yag, Seboreik Keratoz, Aktinik keratoz, skin tag gibi oluşumlara

Kriyo-elektrokoter yada Erbium/co2 Lazer ler uygulanabilir.

Yüzeysel peelingler boyun uygulamalarında ilk tercih olmalıdır. Alfa ve beta hidroksi asitler boyunda güneş kaynaklı yaşlanmaya bağlı damarsal ve pigmentasyon problemlerinde kullanılabilir.

Boyun Derisinin Gençleştirilmesi Uygulamaları

Botulinum Nörotoksin Uygulaması;

Platısmal bandlarda ve yatay çizgilenme de botulinum toksin uygulamaları yapılmaktadır. Çizgilenme boyunca 1-1.5 cm aralıklarla, platısmal bantlara ise E harfi söyletme (Yüz ekşitme/Alt dişlerini gösterme) hareketi ile jaw line' noktasından itibaren 2 cm aralıklarla aşağıya inilerek (maksimum 20 noktaya) intradermal papül oluşturacak şekilde (2-5 Ü Botox /5-10 Ü Dysport) botulinum nörotoksin uygulanabilir. Dekolte bölgesine ise V veya Fan şeklinde 1cm aralıklarla 12-16 uygulama Etki 1-3 gün içerisinde sonuçlar ortaya çıkmakta ve 6-12 aya kadar devam edebilmektedir. Derin ve yüksek doz uygulamaları hastalarda boyun güçsüzlüğü, yutma güçlükleri ve disfoniye neden olabilmektedir.

Mezoterapi ve PRP

Mezoterapi kokteyl karışımları (Hyalüronik asit+multivitamin+aminoasit+mineral+koenzim+nükleik asitten gibi) veya PRP 30/32 gauge 5mm iğneyle veya mezoterapi tabancasıyla 0.5-1mm derinlikte intra-epidermal olarak Veya yine 0.5- 1mm lik roller ile 2 hafta arayla 2 ay gibi kürler halinde yapılabilir.

Dolgu Uygulamaları

Düşük vizkoziteli monofazik Hyaluronik asit(HA); 22.5mg/ml içeren monofazik HA dolgu materyali 0.2-0.5ml epinefrinsiz lidokain ile sulandırılarak, 30-32 G injektör ile yüzeysel dermise seri enjeksiyonlar ya da lineer retrograd enjeksiyonlar ya da 27G iğne ucu ile derin depo enjeksiyonlar şeklinde uygulanmalı sonrasında masaj yapılmalıdır.

NASHA (non animal stabilized HA); 1ml NASHA 3ml SF sulandırılarak, 30-32 G iğne ucu, derin dermise, seri enjeksiyonlar ya da lineer retrograd enjeksiyonlar halinde uygulanır.

Kalsiyum hidroksilapatite ise 1:1/1:2 /1:3 dilüsyonlar şeklinde 27G iğne ucu ya da 25-27 G kanül

Subkutan dokuya uygulanır.

Mikrofokus Ultrason (MFU) Uygulamaları

Boyun ve dekolte bölgesi sıkılaştırmada en etkin ve yaygın uygulamalardan biridir. Epidermal ve papiller dermisi etkilemeden, Orta-derin retiküler tabaka ve sub dermiste yaklaşık 60 C ısı ile

1 mm3 ten küçük termal kuagülasyon noktacıkları yaratır. Kuagülasyon sırasında oluşan protein denatürasyonu ile kontraksiyon ve yeni kollagen üretimi sağlanır. Transducer 3 farklı seviyede ısı üretir; 1.5 mm dermis /3.0mm derin dermis / 4.5 mm SMAS için olup, farklı derinlikler kombine kullanılır. Tüm cilt tiplerinde boyun derisi sıkılaştırma ve submental lifting amacıyla uygulanabilir Uygulama ve iyileşme süresinin kısa olması, yan etki ve risklerin minimal olması, tedaviden sonrası kısa sürede etki göstermesi optimal etkinin 6 ayda başlaması ve iki yıldan fazla sürmesi, Sub dermal alanları gözleyerek işlem yapabilmek avantajları vardır.

Ancak İşlem süresince ağrılı olması, cerrahiye kıyasla göre optimal yanıtın %30-50 olması dezavantajları olarak sayılabilir. Kırıksıklığı az ile orta derece arasında, elastisitesi iyi, deri kalınlığı inceden ortaya doğru olan hastalar ideal aday sayılabilirler. Tüm deri tiplerine uygulanabilir

IPL, PLLA, mikroinvasif/multipolar RF, CO2 lazer ile kombine edilebilir.

Boyun ve Dekolte Bölgesinde Radyofrekans Uygulamaları

Radyofrekansla (RF) oluşturulan elektromagnetik salınım dokudaki iyon/moleküller tarafından emilerek ısı enerjisine dönüşür. Dokuda kontrollü bir enerji penetrasyonu oluşur. Epidermal hasar oluşmadan dermal ısı hasarı ile kollajen üretimi tetiklenir. invazif olmayan bu teknik, tüm Fitzpatrick cilt tiplerine her mevsimde uygulanabilir. Kısa iyileşme süresi, kızarıklık gibi minimal yan etki olması önemli avantajlarıdır. Mono polar, unipolar, bipolar/fraksiyonel tipleri var. RF enerjisi dermise uygulanır. Semptomlara göre 0.5-3mm derinliğe uygulanır. RF enerjisi kollajen yenilenmesini ve elastin üretimini artırır. İnternal pace maker-defibrilatörlü kişiler otoimmün (kollagen doku) hastalıklarında, Tatoo alanlarına, radyoterapi uygulanmış alanlar, aktif herpes enfeksiyonlu gibi enfeksiyonel durumlarda uygulamamalıdır.

Boyun ve Dekolte Bölgesinde Lazer Uygulamaları

CO₂ Lazer

CO₂ Lazer ilk ablatif lazerler olup deri rejuvenasyonunda halen altın standarttır. Klinik ihtiyaçlar doğrultusunda oluşan teknolojik yenilenmeler ile tam ablasyon yapan klasik CO2 lazerlerin yerini Fraksiyonel CO2 lazerler almaya başladı. Özellikle boyun gibi yağ ve ter bezlerinden fakir ve kanlanmanın yüze göre daha zayıf olduğu alanlarda epitelizeasyonun uzun sürdüğü, uzun süren eritem gibi yan etkilerin fazlaca görülebileceği alanlar için Fraksiyonel tipleri için kullanılmaya başladı. 10 600 nm dalga boyunda ışık yayar. Bu dalga dokunun ana komponenti olan intrasellüler ve ekstrasellüler su tarafından non-selektif olarak emilir. Ablasyon zonunun altındaki termal hasar, doku kontraksiyonu ve kollajen yeniden yapılanması uyarır. Epitelizasyon 5-10 gün içerisinde olur, Eritem aylarca sürebilir. Dekolte bölgelerindeki kırışıklıklar ve çizgilerin giderilmesinde en etkili yöntemlerden biridir.

Titan Lazer

Deri sıkılaştırma amaçlı kullanılır. 1100-1800nm dalga boyundaki tüm cilt tiplerine uygulanabilir. Enerji derin dermise etkilidir. Epidermal soğutma ile epidermal koruma sağlanır. 1- 3 ay aralıklarla 1-3 seans uygulama yapılır. Nd:Yag ve Ipl lazerler ile beraber kullanılabilir

Lazer Lipoliz

Submental alandaki yağlanma ve sarkıklar için kullanılır. Nd:YAG 1064-nm kanül kullanılarak uygulanan liposakşın işlemlerine göre minimal invazif ve etkin bir yöntemdir. İşlem sırasında aynı anda koagülasyon sağladığından ekimoz-ödem riski azdır. İyileşme süresi kısadır.

Adiposit hücrelerin membranlarında parçalanma ve apoptozis yanısıra etrafındaki bağ dokuda kolajen stimülasyonu ile toparlanma gerçekleşir.

Boyun İp Uygulamaları

PDO (polidoksanon) ameliyat iplikleridir. Minimal invazif bir yöntemdir. Özellikle platizma kası zayıflığına bağlı olarak gelişen boyun problemlerinde kullanılmakta ve iyi sonuçlar alınmaktadır. Alt yüzde bozulmuş çene ve boyun altına giderek çoğalan kırışıklık ve sarmaları germede başarıyla kullanılmaktadır. Cildin lifting ve sıkılaşması etkisinin ortaya çıkması birkaç haftayı bulur. Etki süresi 15 ile 18 ay devam eder.

Kaynaklar

Mulholland RS Nonexcisional, minimally invasive rejuvenation of the neck. Clin Plast Surg. 2014;41(1):11-31.

Fabi SG Noninvasive skin tightening: focus on new ultrasound techniques. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015 5;8:47-52.

Macrene R. Alexiades-Armenakas, MDa, Jeffrey S. Dover, Kenneth A. Arndt The spectrum of laser skin resurfacing: Nonablative, fractional, and ablative laser resurfacing Journal of the American Academy of Dermatology 2008,58(5): 719–737

Andrew A. Nelson, David Beynet & Gary P. Lask A novel non-invasive radiofrequency dermal heating device for skin tightening of the face and neck Journal of Cosmetic and Laser Therapy Volume 17, 2015 - Issue 6 Pages 307-312

Woodward Julie A, Fabi Sabrina G, Alster Tina; Colón-Acevedo, Betsy Safety and Efficacy of Combining Microfocused Ultrasound With Fractional CO2 Laser Resurfacing for Lifting and Tightening the Face and Neck Dermatologic Surgery December 2014; 40 :190–193

Kenkel JM. Evaluation of the Ulthera System for achieving lift and tightening cheek tissue, improving jawline definition and submental skin laxity; Presented at: American Society for Laser Medicine and Surgery; Boston, MA: 2013

[Baumann L](#), [Zelickson B](#). Evaluation of Micro-Focused Ultrasound for Lifting and Tightening Neck Laxity. [J Drugs Dermatol](#). 2016 1;15(5):607-14.

Vanaman M, Fabi SG Décolletage: Regional Approaches with Injectable Fillers. Plast Reconstr Surg. 2015;136(5 Suppl):276S-281S.

Mazzucco R, Hexsel D Poly-L-lactic acid for neck and chest rejuvenation. Dermatol Surg. 2009 ;35(8):1228-37.

Peterson JD Goldman MP Rejuvenation of the aging chest: a review and our experience. Dermatol Surg. 2011;37(5):555-71

YÜZ, BOYUN VE EL PROBLEMLERİNDE DERMATOKOZMETOLOJİK UYGULAMALAR

Prof. Dr. İlgen Ertam

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD., İzmir

EL: El, yüz gibi vücudun görünen ve dikkat çeken bir bölgesidir. Bu nedenle yüze uygulanan yaşlanma karşıtı yöntemlerin el bölgesine de uygulanması son yıllarda giderek artmaktadır. Zamanla ultraviyole hasarına bağlı gelişen, solar elastoz, lentigolar, keratozlar yanı sıra volüm kaybı nedeniyle ortaya çıkan tendon, ven ve kemiklerde belirginleşme yaşla birlikte belirgin hal almaktadır. Elde yaşlanma karşıtı bakım, güneşten korunma, topikal anti-aging ürünler, IPL(intense pulse light), lazerlerle deri yüzeyinde renk düzensizlikleri, kırışıklıklar ve bir miktar dermal etki sağlanırken, volüm kaybı için en etkili yöntem dolgu uygulamalarıdır. Elde dolgu uygulamaları el anatomik yapısının farklı olması nedeniyle özellik arz etmektedir. Tüm kozmetik uygulamalarda geçerli olsa da elde dolgu uygulamasında bu özellikli anatominin iyi bilinmesi gerekmektedir.

YÜZDE İP UYGULAMA, OLGU İLE KOMPLİKASYON YÖNETİMİ

Doç. Dr. Recep Dursun

N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları A.B.D.

A. İplik Etki Mekanizması

1. İplikle mekanik destek
2. İğne ile uygulama sonrası mekanotransduksiyon etki (bir hücrenin mekanik bir uyarıyı bio-kimyasal uyarıya çevirmesi)
3. Dokuda yabancı cisim reaksiyonuna bağlı fibroblast uyarımı, kollajen artışı ve fibrillenme
4. Anjiogenez ve mikrosirkülasyonda artış
5. Lipoliz
6. Subkutan dokunun sıkılaştırılması
7. Cilt tonusu ve tonunun düzeltilerek deri kalitesinin artırılması
8. Büyüme faktörlerini salınımı ile metabolizma artışı
9. Kaslarda relaksasyon etki
10. Lifting

B. İp Uygulama Sonrası Görülebilecek Geçici Yan Etkiler

1. Kızarıklık
2. Ödem
3. Ağrı
4. Çekilme Hissi
5. Fluktuasyon
6. Deride Katlanma
7. Geçici Asimetri
8. Yüzeyel Ciltaltı Kanamaları
9. Hissizlik

C. İp Uygulama Kontrendikasyonları:

1. Kollajen Doku Hastalığı Olanlar
2. İmmün Yetmezliği Olanlar
3. İmmün Sistemi Baskılayıcı İlaç Kullananlar
4. Diabetik Hastalar
5. Hamilelik
6. Kan Sulandırıcı İlaç Kullananlar
7. Keloid Yapma Riski Olan Hastalar
8. Depresif Hastalar
9. Ciddi Kalp Ve Böbrek Hastalığı Olanlar
10. Kr. İdiyopatik Ürtiker Ve Anjiödem Hastaları
11. Herpes Enfeksiyonları

D. İp Uygulama Komplikasyonları:

1. Enfeksiyon Riski
2. Asimetri
3. Lipoliz
4. Atrofi
5. Hematom
6. Seroma
7. Nekroz
8. Yabancı Cisim Reaksiyonu
9. İplerin Kopması, Yer Değiştirmesi veya çıkması
10. Fibrozis
11. Geç kronik inflamatuvar reaksiyon
12. Dekübit ülserleşme

E. Enfeksiyon Riskini Azaltmak

1. İşlem öncesi ve sonrası sterilizasyona dikkat etmek
2. COG, Silhouette soft, Aptos ve Spring thread kullanımı sonrası mutlaka antibiyotik tedavisi vermek
3. Uygulama bölgesine lokal antibiyotikli kremler vermek
4. Hastanın uygulama sonrası en az 2 gün boyunca hastanın ağır egzersiz yapmamasını, sıcak, soğuk ortamlardan kaçınmasını, uygulama bölgesine makyaj ve tahriş edici uygulamalar yapmamasını tembihlemek
5. İşlem sonrası dışarıda kalmış olabilecek ipleri çıkarmak
6. Spring thread ve benzeri cilt altında yıllarca kalan ip uygulamalarının enfeksiyon riskini artırdığını unutmamak

F. İpe Bağlı Reaksiyonları Azaltmak

1. İpler vücutta kontakt alerji, yabancı cisim granülomu yapabilir
2. Absorbe olabilen doku uyumlu ip tercihi önemli
3. İpleri cilt altında SMAS içine yerleştirmek önemli, yüzeysel iplerde doku reaksiyonları daha fazla olacaktır
4. Germe yapan iplerde giriş ve çıkış yerlerinde ipler yüzeyelleştiği için olabildiğince ipleri cildi iterek derinden kesmek ve iplerin cilt altında kalmasını sağlamak önemli olacaktır
5. İp uygulama sonrası birkaç gün lokal kortikosteroidli krem kullanmak

G. Asimetrinin Önlenmesi

1. İşlem öncesi fotoğraflama mutlaka yapılmalıdır
2. İşlem öncesi hastada var olan yüz asimetriteri araştırılmalı, gerekirse bunlar da giderilmelidir
3. Asimetri olmaması için iplerin giriş ve çıkış yerlerinin simetrik olması önemlidir
4. Germe işlemini hasta dik konumda iken ve her iki yüz kontrol edilerek yapılmalıdır
5. Hastada var olan nodülo-kistik yapılar, önceden yaptırdığı dolgular, botox, ip uygulamaları bilinmelidir
4. Her iki yüze aynı kalınlık ve uzunlukta olan aynı marka ip kullanılmalıdır

5. lifting ipleri ile çekme yapmadan önce hafif masaj ile iplerin tırtıklarının doku içine iyi tutunmaları sağlanmalıdır

H. Asimetrinin Giderilmesi

1. İplerin çıkarılması gerekebilir. Bu işlemi 2 gün içinde yapmak gerekir. Yoksa iplerin dokuya penetrasyonundan dolayı oldukça sıkıntılı olabilir
2. İpler çekilemiyorsa HIFU (Yüksek Yoğunlukla Odaklanmış Focus Ultrasound) gibi SMAS içine 65-70 derece ısı veren aletlerle ipler yok edilebilir
3. Yeni lifting ipleri ile asimetri düzeltilebilir

LAZER TEDAVİLERİNDE KOMPLİKASYON YÖNETİMİ

Doç. Dr. Aslı Feride Kaptanoğlu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

Komplikasyon, tıbbi standarda uygun bir müdahale yapılmasına rağmen, ortaya çıkabileceği tıp çevreleri tarafından kabul edilen ve her türlü tedbir alınmasına rağmen kaçınılmaz olarak meydana gelen zararlar olarak tanımlanmaktadır. Lazer tedavileri uygulanmasında oluşacak komplikasyonlarda da hekimin sorumluluğu olmamasına rağmen, komplikasyon iyi yönetilememişse, sorumluluk ve “malpraktis” gündeme gelebilir. Günlük dermatoloji pratiğinde dermatologlar yetkin olmayan kişilerce yapılan lazer uygulamalarının komplikasyonları ile de karşılaşmakta ve bunları da yönetmek durumunda da kalmaktadırlar. Bu nedenle, her dermatolog ister kendi kullanıcı olsun ister olmasın lazer tedavilerinde komplikasyon yönetiminde bilgi sahibi ve yetkin olmalıdır.

Komplikasyon yönetiminin üç önemli basamağı bulunmaktadır. Birinci basamak esas tedavi süreci olup doğru tanı, doğru endikasyon, doğru uygulama ve işlem sonrası bakım süreçlerini kapsar. İkinci hastanın aydınlatılması ve onamıdır. Üçüncü basamakta ise yardımcı personelin niteliği, sorumluluğu ve organizasyonu, ortam, kalibrasyon gibi öğeler yer alır.

Dermatolojide lazer tedavileri günlük rutin uygulamalardan olmuştur. Farklı amaçlarla geliştirilmiş ve farklı kromoforları hedef alan çok çeşitli lazerler vardır. Bu nedenle lazerin dalga boyuna ve kullanım amacına göre de komplikasyonlar da çok çeşitli olabilir. Ağrı, eritem, ödem, peteşi ve purpuralar, bül oluşumu ve erozyonlar, atrofik veya hipertrofik skarlar, hipo veya hiperpigmentasyon, herpes enfeksiyonu ve diğer sekonder enfeksiyonlar, kontakt dermatitler görülebilir. Ancak hekim bu tip durumlarla karşılaşsa bile hastasına önceden açıklama yaptığı ve özen yükümlülüğünü yerine getirdiği zaman komplikasyonları da iyi yönetmiş olarak kabul edilir. Ayrıca, hekim uygun iyileşme koşullarını temin edebilecekse zor olguların tedavisi için risk de alabilir. Ancak çok yeni teknolojiler veya yüksek deneyim gerektiren uygulamalarda da yüksek özen gösterilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır.

Hasta ve hastanın durumunun detaylı değerlendirilmesi, uygun lazer seçilmesi, parametrelerin belirlenmesi ve tedavinin uygulanması hekimin sorumluluğundadır. Hekim gerekli özeni göstermiş olsa ve önlemleri almış olsa bile hastanın tedaviye uyumsuzluk göstermesi nedeniyle istenmeyen sonuçlar olabilir. Literatürde gözlük takmamaktan kaynaklanan lazerle göz yaralanması olguları vardır. Bu nedenle de, hastalara lazer tedavi süreci, kısa ve uzun dönemdeki muhtemel durumlar anlatılmalı ve bilgilendirilmiş onamları yazılı olarak alınmalıdır.

SÖZEL BİLDİRİLER

AYAK TABANI NASIRLARININ ERBİUM - DOPED YTTRİUM ALUMİNİUM GARNET LAZER İLE TEDAVİSİ

Ali Balevi, Seçil Engin Uysal, Pelin Doğa Üstüner, Mustafa Özdemir

İstanbul Medipol Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Nasır, ayakta en sık görülen hiperkeratozik deri lezyonlarıdır. Genellikle kemik çıkıntılarına denk gelen basınç alanlarında sürtünme, çarpma gibi tekrarlayan minör travmalara bağlı olarak gelişen akantoz ve hiperkeratozun oluşturduğu bölgesel deri kalınlaşmasıdır. Tedavide, keratolitikler, koterizasyon, kriyoterapi, gerekli olgularda cerrahi eksizyon yapılabilir. Epidermal ve dermal benin deri lezyonlarının tedavisinde en ideal ablasyon yöntemlerinden biri Erbium-doped yttrium aluminium garnet (Er:YAG) lazerdir. Er:YAG lazerin ayak tabanı yerleşimli nasırlar üzerindeki etkinliğini ve güvenilirliği henüz irdelenmemiştir.

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı; Er:YAG lazerin ayak tabanı yerleşimli nasırlar üzerindeki etkinliğini ve güvenilirliği incelemektir.

MATERYAL ve METOT: Ayak tabanı yerleşimli 102 nasırı olan 70 hasta çalışmaya dahil edildi. Er:YAG lazer, 1 ay aralıklarla 2-4mm başlık, 20-40 J/cm² enerji ile; ayak tabanı nasırları, tam veya kısmi iyileşesiye kadar uygulandı.

BULGULAR: Yüziki nasırın; 92'si(%90.2) tam olarak iyileşirken, 10'u(%9.8) kısmi olarak iyileşti. Her bir kallusun ablasyonu için ortalama 1-4 seans yeterli idi. Hastalar tedaviyi tolere ettiler ve çalışmayı bırakmadılar. Hastaların %93'ü yapılan tedaviden memnundu.

SONUÇ: Er: YAG lazer, ayak tabanı yerleşimli nasırların tedavisinde etkili ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir.

EMİLEBİLİR İP UYGULAMASI SONRASI ALLERJİK GRANÜLOMATÖZ İNFLAMATUAR REAKSİYON: OLGU SUNUMU

Pelin Üstüner, Ali Balevi, Mustafa Özdemir

İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim dalı, İstanbul

GİRİŞ: Yüz gerdirmede günümüzde insizyonel cerrahinin yerini daha az skar ve daha hızlı iyileşme gibi avantajları nedeniyle ip yöntemi gibi minimal invaziv teknikler almıştır. İp uygulamaları sırasında görülebilen başlıca yan etkiler; ipin görünürlüğü, ipin migrasyonu, iğne geçişi boyunca lineer kanama, ciltte gamzelenme, az ya da çok lifting etkisi, geçici parestezi, ana damarların, sinir dallarının ya da parotid bezinin hasarlanması olarak sayılabilir. Kaldırma etkisi ve hasta memnuniyetinin iyi olması ve işlem sonrası hızlı iyileşme süresine rağmen etki süresi emilebilen iplerde bir yıl ya da daha kısa olabilmektedir. Bu nedenle emilemeyen propilen ipler günümüzde tercih edilebilmekte, ancak bu iplerle de yabancı cisim reaksiyonu, auriküler sinir hasarı gibi ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu nedenle emilebilir iplerin daha güvenli olduğu kanaati oldukça yaygındır. Burada 51 yaşında kadın hastada yüz bölgesine yüz gerdirme amaçlı emilebilir ip uygulaması sonrası 1. haftada gelişen alerjik reaksiyon sunulmuştur.

OLGU: 51 yaşında kadın hasta yüzde sarkma şikayeti nedeniyle ilk burğu ve dişli tip emilebilen polidioksanon ip uygulamasından 7 gün sonra her iki yanakta yerleştirilmiş olan ipler boyunca çizgisel kızamık kabarıklıklar, deride sertlikler şikayetiyle başvurdu. İşlemden iki hafta sonrasındaki dermatolojik muayenesinde bilateral yanak bölgesinde ip uygulama hattı boyunca lineer eritemli yama zemininde papülonodüler lezyonlar izlendi. Üçüncü haftada lezyonlarda belirginleşme ve yer yer krutlanmalar başladı. Hastanın özgeçmişinde ve medikal öyküsünde anlamlı bir özellik yoktu. İp uygulamanın hemen sonrasında herhangi bir travma ya da bilinen bir allerji öyküsü de yoktu. Hastaya ip uygulamaya bağlı allerjik granüloamatöz inflamatuvar reaksiyon tanısı konularak intralezyonel ¼ sulandırılmış betametazon dipropiyonat, 1 mg/kg/gün metil prednizolon, oral 300 mg rifampisin ve topikal kortikosteroid tedavisi başlandı. Yeterli klinik yanıt elde edilememesi üzerine tedavinin 1. haftasında oral kolşisin sülfat 0.5mg/gün tedaviye eklendi. İkinci ayın sonunda nodüler lezyonları tamamen geriledi ve lezyonlar post-inflamatuvar hiperpigmentasyon ve hafif atrofi ile iyileşti. Üçüncü ayın sonunda hastanın tedavisi kesildi. Bir yıllık izleminde herhangi bir rekürrens görülmeydi.

SONUÇ: İp uygulamalarında polidioksanon rejenerasyonu, neokollajenez, neovaskülarizasyon (mikrosirkülasyonda artış), metabolizma artışı (büyüme faktörü salgılanması), doku adezyonu, fibrillenmesi, kas relaksasyonu gözlenmektedir. İplik iğne ile birlikte cilt içine uygulandığında, bağışıklık sistemi ipi yabancı cisim olarak algılamaktadır. Böylece bağışıklık sistemi inflamatuvar reaksiyon göstermektedir. Kollajen oluşumu ve kan akışı uyarılmaktadır. Ayrıca iplerin gerginliği, lifting etkisi de yapmaktadır. Her ne kadar polidioksanona karşı kimyasal ve immünolojik doku reaksiyonları oldukça nadir görülse de, yabancı cisim reaksiyonları doku içinde enfekte olabilmekte ve ipler kimi zaman parçalanabilmektedir. Tam olarak ip materyalinin cerrahi yöntemle geri çıkartılması gerçekte mümkün olmadığı için ip materyalinin parçaları doku içerisinde on yıllarca kalarak ciddi semptomlara neden olabilmektedir.

TARTIŞMA: İp uygulamaya bağlı yabancı cisim reaksiyonları 3-6 ay sonrasında olmakla beraber olgumuzdakine benzer Literatürde akut dönemde 1 hafta içinde gelişmiş başka bir bildirilmiş olgu bulunmamaktadır. Biz burada emilebilen ip uygulaması sonrası akut dönemde 1. haftada gelişmiş olan alerjik granüloamatöz reaksiyonu olan bir olguyu ve cerrahi eksizyon gerçekleştirmeksizin medikal tedavi ile elde ettiğimiz başarılı sonucu sunmuş olduk.



Figür 1.a



Figür 1.b



Figür 2.a



Figür 2.b

TÜM YÜZ YAKLAŞIMLARINDA KOMBİNE UYGULAMALAR

Sabir Hasanov, Mustafa Tunca, Ercan Arca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Son zamanlarda yaşlanma sürecinin kemik rezorpsiyonu, yüzdeki yağ yastıkcıklarında hacim kaybı, septal {gevşeklik}ler, mimik kas tönüslerinde artış, deri elastikiyetinde azalma gibi kompleks süreçlerin sonucu olduğu fikri ön plandadır. Yüzün sadece bir bölgesine yönelik tek bir uygulamanın yüzdeki yaşlanma süreçlerinin oluşturduğu deformasyonları tedavi etmesi mümkün değildir. Bu yüzden çoklu sorunlara yönelik çoklu uygulamalar daha başarılıdır. Deri elastikiyetinin sağlanmasından, yüzdeki yağ yastıkcıklarının hacim kayıplarının yerine konulmasına kadar deriden başlayıp, kemiğe kadar olan kısmın tümünden tedavisi önemlidir ve önerilmektedir. Biz tüm yüze bütünsel yaklaşımda kombine uygulamaların önemini birkez daha vurgulamak için bu vakamızı paylaşmak istedik.

OLGU: Hastamız 37 yaşında kadın hasta. Özellikle kaş arası bölgesinin onu daha sinirli göstermesinden ve yüzüne yorgun bir ifade veren, yüzündeki {çökme}den şikâyetçi. Muayenesinde deri elastikiyetinin normal olduğu tespit edildi. Hastanın, özellikle kaş çatma sırasında glabellar bölgesinde oluşan kırışıklıkları mevcuttu. Bunun dışında {gözyaşı oluşu} diye tarif edilen, alt göz kapağı ile burun kökü lateralinden başlayıp orta yüze doğru ilerleyen çukurlaşma, orta yüz bölgesinde derin medial yağ yastıkcığında hacim kaybı, burun {tip}inde 0,5 cm'lik {çökük} alan mevcuttu. Hasta muayene edildikten sonra hasta ile birlikte uygulanacak işlemler kararlaştırıldı, işlemlerin nasıl uygulanacağı, olası yan etkileri hastaya anlatıldıktan sonra hastadan onam alındı ve işleme başlandı. Hastanın glabellar kompleksine {m.procerus}-4U, her bir {m.corrugatorius}a-4+2U, toplam-16U), frontal kasına (5 noktadan, her noktaya 2U, toplam-10U) ve göz çevresine ({m.orbicularis oculi}ye her tarafa 3 noktadan, her noktaya 4U, toplam-24U) {botulinum toksini} uygulandı. Toksin uygulamasında, özellikle frontal kasa uygulama yaparken midpupiller hattı geçmemeğe ve periorbital uygulama yaparken de orbital rime 1cm'den fazla yaklaşmamaya dikkat etmek gerekmektedir. {Gözyaşı oluşu} için ek uygulama yapılmadı. Hastanın orta yüz bölgesindeki derin yağ yastıkcıklarındaki hacim kaybına yönelik orta yüz bölgesine supraperiosteal olacak şekilde, çapraz bağlı {hyaluronik asit} içerikli (25mg/ml, 25G iğne ucu ile, her tarafa 0,5cc, toplam-1cc) dolgu uygulandı. Bu bölgedeki uygulamalarda infraorbital sinir-damar paketine dikkat etmek gerekmektedir. Midpupiller hattın medialinde kalan uygulamalarda özellikle negatif ponksiyon yapmak, mümkün olduğunca ürünü hemen kemik üzerine vermemek ve düşük miktarlarda ürün kullanmak gerekir.

Midpupiller hattın lateralindeki uygulamalarda ise supraperiosteal uygulamalar tercih edilmekte ve infraorbital sinir-damar paketi bölgesi non-dominant elin başparmağı ile hafif baskı uygulanarak korunmaya çalışılmaktadır. Hastanın burun ucundaki deformitesine yönelik, yine çapraz bağlı, daha küçük partiküllü (18mg/ml, 27G iğne ucu ile, toplam 0,01cc) hyaluronik asit içerikli dolgu uygulaması yapıldı.

9. Uludağ Dermatokozmetoloji Günleri

Bu bölgede deri ve kıkırdak doku arasında subkutan doku olmadığından potansiyel boşluk yoktur ve bu yüzden küçük miktarlarda ürün kullanılması ve uygulama seanslar şeklinde yapılmalıdır. Hastanın muayenesinde ayrıca temporal bölgede atrofi ve üst dudakta alt dudak hacmine göre küçüklük ($<1/1,6$) mevcuttu. Hastanın üst dudağına vermilyon sınırına lineer geri çekme yöntemi ile toplam 0,5 cc ve {cubid bow}lara ise her bir tarafa 0,05 cc bolus olacak şekilde hyaluronik asit içerikli dolgu (20mg/ml, 30G iğne ucu ile) uygulaması yapıldı. Hastanın temporal bölgesine ek uygulama yapılmadı. 2 hafta sonra kontrole çağırıldı ve temporal bölgeye uygulama da o zamana planlandı (her tarafa 0,8cc hyaluronik asit içerikli 25mg/ml dolgu, suprapariosteal).

SONUÇ: Son yıllarda giderek artan estetik/kozmetik uygulama ihtiyaçları, yüz anatomisinin ve yaşlanma sürecinin daha iyi anlaşılması ile uygulamalarda da teknik gelişmeler ortaya çıkmıştır. Tek bölgeye yönelik tek bir tedavi metodunun seçilmesinden ziyade, deriden kemiğe kadar olan anatomik/histolojik bölgenin tümünden tedavisi ve bu süreçte kombine uygulamaların seçilmesi ön plana çıkmaktadır. Biz vakamızda derisinde elastikiyet kaybından ziyade dinamik kırışıklıkların ve hacim kayıplarının olduğu orta yaşlı bir kadın hastamızı paylaşmak ve kombine uygulamaların daha etkili olduğunu ve daha kalıcı çözümler sunduğunu bir kez daha vurgulamak istedik.

SB04 - 17

CERRAHİ SONRASI DUDAK DEFORMİTESİ OLAN OLGULARIN HYALURONİK ASİD DOLGU İLE DÜZELTİLMESİ: İKİ OLGU SUNUMU

Zahide Eriş Eken, Banu Taşkın, Sibel Alper

*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Florence Nightingale Hastanesi, Dermatoloji
Anabilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Hyaluronik Asit dolgular steril, viskoelastik, biyouyumlu, renksiz enjekte edilebilir maddelerdir. FDA (Food and Drug Administration) tarafından 1996 yılında onay almıştır. Yüz şekillendirmede ve düzeltmede kullanılmaktadır.

AMAÇ: Burada doğuştan dudak yarığı olan ve opere edilmiş bir erkek hasta ile trafik kazası sonrası dudakta doku parçalanması nedeniyle cerrahi operasyon olan kadın hastada; uyguladığımız hyaluronik asit dolgu uygulamalarını paylaştık.

METOT: Birinci hasta; opere dudak yarığı. Opere dudak yarığı olan hastanın dudak köşelerine, üst dudak kontürüne ve üst dudakta asimetrisi olan bölgeye uygulamalar yapıldı. İkinci hasta; trafik kazası sonrası dudağa cerrahi operasyon olan hasta. Hastada asimetrik olan bölgelere, skar alanlarına, üst ve alt dudak kontürlerine uygulamalar yapıldı. Hastalar kozmetik açıdan memnun olduklarını belirttiler ve 1 sene sonra 2.uygulamaları da yapıldı.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Hyaluronik asit dolgular normal dokularda kullanılabildiği gibi cerrahi sonrası oluşan skarlı dokularda da düzeltme ve doğal görünüm sağlama amaçlı başarılı bir şekilde kullanılabilir.

KSANTALESMA PALPEBRARUM TEDAVİSİNDE ER: YAG LAZER KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Murat Borlu, Şeyma Başar, Demet Kartal, Salih Levent Çınar

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kayseri

GİRİŞ: Ksantalesma palpebrarum (KP) alt ve üst göz kapaklarında yerleşik, asemptomatik, kalıcı, progresif, birbirine bitişik sarı –portakal rengi plaklarla karakterize, estetik problemlere yol açan bir hastalıktır. Plaklar yüzeysel ve orta dermisteki histiyosit sitoplazmalarında depolanan esterifiye kolesterol depolarından oluşur. Ksantalesmaların varlığı hiperlipidemilerin araştırılmasını gerektirmektedir. Hiperlipidemi bu lezyonları olan hastaların sadece yarısında görülmektedir. KP tedavisi riskli lokalizasyon ve yüksek rekürrens oranlarından dolayı zordur. Tedavide kriyoterapi, blefaroplasti cerrahi eksizyon, trikloroasetik asit (TCA) ile kimyasal peeling, Q-switched lazer, CO2 lazer, Erbium YAG(Er:YAG) lazer, argon ve pulsed dye lazer gibi çeşitli yöntemler mevcuttur.

AMAÇ: KP tedavisinde en ideal ablasyon yöntemlerinden biri Er:YAG lazer sistemleridir. Bu çalışmada KP olgularında Er:YAG lazer tedavisinin etkinliğini retrospektif olarak araştırdık

OLGU: Kliniğimize 2002-2016 yılları arasında 72 KP vakası Er:YAG lazer(1400 mjp/4 hz) ile tedavi edildi. Hastaların yaşları 23 ile 60 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 41.05 idi. Hastaların 66 'sı (%91,66) kadın; 6'sı (%8,34) erkek idi. 62(%86.12) hastamızda tek seansta kür elde edilirken 10(%13.88) hastamızda tekrarlayan uygulamalar gerekli oldu. 6 hastada(%8,34) 2 seans; 3 hastada (%4,16) 3 seans; 1 hastada (%1,38) 4 seans uygulama ile kür elde edildi.

TARTIŞMA: Günümüzde KP tedavisinde ilk seçenek tedavi konusunda halen fikir birliği yoktur. Bugüne kadar çeşitli klinik çalışmalar ile TCA peeling, kriyoterapi, blefaroplasti, Q-switched lazer, Er:YAG lazer gibi pek çok tedavi yönteminin etkinliği araştırılmıştır. Ancak bu tedavi yöntemlerinin başarısı lezyonun sayısı ve lokalizasyonuna göre değişmektedir. Er:YAG lazer sistemleri selektif fototermoliz özelliği ile su molekülünü kromofor olarak seçen kısa atım süresine sahip lazer sistemleridir. Er:YAG lazerler yüksek enerjiyi kısa sürede dokuya vermekte ve çevre dokuda termal hasar oluşturmaksızın hassas bir ablasyona neden olmaktadır. KP tedavisinde kullanılan diğer lazer sistemleri argon lazer, dye lazer ve karbondioksit lazer sistemleridir.

A rgon ve dye lazer düşük penetrasyon özellikleri nedeni ile derin yerleşim gösteren lezyonların tedavisinde yetersiz kalmaktadır. Karbondioksit lazer sistemlerinde ise selektif fototermoliz özelliği olmadığı için oluşan termal hasar çevre dokulara zarar vermekte ve tedavi sonrasında eritem, yara iyileşmesinin gecikmesine, post inflamatuvar hipo/hiperpigmentasyon oluşmasına neden olabilmektedir. Bu yan etkilerden dolayı günümüzde KP vakalarının tedavisinde Er:YAG lazer sistemleri güvenilir, etkili, başarılı, minimal invaziv ve sık tercih edilen bir yöntem olarak ön plana çıkmıştır.

POSTER BİLDİRİLERİ

POLİDİOKSANON (PDO) İPLİKLERLE DUDAK ŞEKİLLENDİRME

Sabir Hasanov, Ercan Arca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Bir kadında çekicilikten bahsederken dudaklar ve gözlerden bahsetmeden geçilemez. Dudaklar alt yüz bölgesinin ana belirleyici yapı taşlarındandır. Dudaklar alt ve üst dudak şeklinde ikiye ayrılabilir. Dudağı çevreleyen beyazımsı "çizgi" vermilyon hattıdır ve dolgu uygulamalarında sık kullanılan potansiyel boşluktan oluşmaktadır. Üst dudağın şekli "eros yayı"na benzetilmektedir. Üst dudak orta 1/3'lük kısmı ile burun tabanı arasındaki alana "philtrum" ismi verilmektedir. Yayın en üst iki noktasına "cubid bow"lar, bu bölgeden burun "columella"sının her iki latereline doğru uzanan yapılara ise "philtral column"lar denmektedir. Alt ve üst dudağın her iki lateraldeki birleşme noktaları dudak komissürleridir. Dudak komissürlerinin hafifce yukarıya doğru kavisli olması genç ve sağlıklı yüzün göstergesidir ve zamanla yaşla birlikte aşağı doğru kavislenerek yaşlı ve üzgün bir görüntüye sebep olurlar. Dudak anatomisinden kısaca bahsettikten sonra dudakta estetik amaçlı nelerin yapılabileceğinden de kısaca bahsedelim. Dudakta kontür, projeksiyon ve elevasyon olarak üç şekilde veya kombinasyonları şeklinde uygulamalar yapılabilir. Kontür için vermilyon hattına, projeksiyon için vermilyon ile alt ve üst dudağın temas noktası olarak belirlenen ıslak-kuru sınırı arasındaki alana, elevasyon için ise ıslak-kuru hattı boyunca uygulamalar yapılabilir. Dudak uygulamalarında en sık kullanılan malzeme hyaluronik asit içerikli çapraz bağlı dolgulardır. Biz dudak şekillendirmede alışılmış hyaluronik asitli dolgular dışında ürün kullandığımız için bu vakayı paylaşmak istedik.

OLGU: 25 yaşında kadın hasta. Dudaklarının bir miktar daha hacimli olmasını istemekte ve işlem sonrasında "ördek dudak" veya abartılı "dolgulu" dudak görüntüsünü kesinlikle istemediğini belirtmekte. Hastamıza emilebilen Polidioksanon (PDO) ipliklerle dudak uygulamasını planladık. PDO iplikler emilebilir sütür materyali olarak yıllardır kullanılmakta. Estetik uygulama alanına girişi çok uzun süreli değildir. Ameliyatsız "yüz asma"da, ameliyatsız "popo" veya "meme" kaldırma işlemlerinde de kullanılmaktadırlar. Uygulama öncesinde hastamızın üst ve alt dudaklarının dişlerle temas eden mukozal yüzeylerine yüzeyel olacak şekilde lidokain infiltrasyonu yapıldı. Hastamızın üst dudak vermilyon bölgesine 25 mm uzunluğunda "mono" PDO yapısında ipler kullanıldı. Her tarafa 3 adet iplik yerleştirildi. Üst dudağa ek bir uygulama yapılmadı. Alt dudak bölgesinde vermilyon hattı boyunca yine her tarafa 3 adet 25 mm uzunluğunda "mono" PDO iplik yerleştirildi.

Üst ve alt dudak arasında da "altın oran" dediğimiz oran mevcuttur ve üst dudak/alt dudak=1/1,6 civarındadır. Hastanın uygulama öncesinde üst dudağının alt dudağa eşit olduğu, hatta daha büyük olduğu dikkati çekmekte. Hastanın alt dudağına biraz daha hacim vermek ve istenilen orana ulaşmak için "double screw" yapısında PDO iplikler kullanıldı. Hastanın alt dudak her iki latereline, dudak komissürlerinden 1 cm lateralden girilerek birer adet "double screw" iplik yerleştirildi. İplikler vermilyon ile ıslak-kuru sınırı arasındaki bölgeye yerleştirildi.

Hastanın alt dudağının sol yarımı sağ yarımına göre daha küçük olduğundan, bu durumu düzeltmek için alt dudağın sol yarımına, ıslak-kuru sınırına bir adet "double screw" iplik eklendi. Uygulama sırasında hematoma / belirgin kanama olmadı, oluşan ödem 36-48 saat sonra geriledi. Hasta uygulamadan sonraki 2 hafta boyunca alt dudağın "screw" uygulanan bölgelerinde özellikle yemek yeme ve gülme sırasında 1-2 saniyelik batıcı ağrı olduğunu belirtti. Bunun dışında hastada günlük yaşantısını ve aktivitelerini kötü yönde etkileyecek herhangi bir yan etki gözlenmedi.

SONUÇ: Bu vakayı dudak bölgesi için sık kullanılan hyaluronik asit dolguları dışında bir ürün kullandığımız için paylaşmak istedik. Uzun dönem yan etkileri açısından yapılan çalışmalar eksik olmakla birlikte, hyaluronik asit içerikli dolgularla kıyaslandığında PDO uygulamalarının fiyat ve kalıcılık anlamında daha "cost effective" olduğunu düşünüyoruz. Dudakta PDO kullanılacaksa, uygun hasta seçimi çok önemlidir. PDO ipliklerle dudak şekillendirmenin estetik uygulamalar, ürünler ve yan etkileri konusunda deneyimli hekim tarafından uygun hastalarda uygun teknik ile yapıldığında gelecek vaad eden bir uygulama olduğunu düşünüyoruz.



ANDROGENETİK ALOPESİ'DE PLATELETTEN ZENGİN PLAZMA (PRP) TEDAVİSİ

Erol Ozan, Sabir Hasanov, Mustafa Tunca, Ercan Arca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Androgenetik alopesi (AGA) erkeklerdeki saç dökülmelerinin en sık sebebidir. Genetik yatkınlığı olan bireylerde androjen hormonların etkisi ile geliştiği düşünülmektedir. Tedavisinde FDA onayı olan iki ilaç mevcuttur: % 5 minoksidil ve Finasterid. Minoksidil potasyum kanallarını açarak hücre içi kalsiyumunu düşürmekte ve bu şekilde vazodilatasyon yapmaktadır. Finasterid ise tip 2 5- α redüktaz enzimini bloke ederek etki etmektedir. Bunların dışında ketakonazol içerikli şampuanlar, topikal retinoidler, roller, PRP, saç mezoterapisi ve cerrahi (FUE) gibi yöntemler de tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Biz PRP yaptığımız ve tedaviden anlamlı sonuç aldığımız bir erkek AGA hastamızı vaka olarak paylaşmak istedik.

VAKA: 41 yaşında erkek hasta saç dökülmesi şikayeti ile başvurdu. Anamnez, fizik muayene ve dermoskopik muayene bulguları ışığında hastaya AGA tanısı konuldu. Hastada tedavi olarak PRP uygulaması planlandı. Hastanın antekübital bölgesinden venöz kan tüplere alındı. Kanlar 4000 devir/dk. hızla 10 dk. santrifuje edildi. Santrifuj işlemi sonrasında hastanın plazmasının alt 1/3'lük plateletten zengin kısmı steril enjektöre alındı ve 30G 4 mm iğne uçları kullanılarak uygulama yapıldı. Uygulama öncesi hastanın saçlı derisine anestezi amaçlı lidokain+adrenalin karışımı ile ring anestezi uygulandı. Anesteziden sonra hastanın tüm saçlı derisine 1 cm. aralıklarla, papül oluşturacak şekilde intradermal uygulama yapıldı. Hastanın tedavisi her 4 haftada 1 seans olarak planlandı. Hastaya 1 ay sonra ikinci PRP seansı uygulandı. Tedavi öncesi ve sonrası hastanın fotoğrafları alındı ve her seans sonrası hastanın memnuniyeti sorgulandı. 2 seans sonunda hem fotoğrafik olarak, hem de hasta sorgulaması ile tedavi başarılı olarak değerlendirildi. Hastanın tedavisine 2 seans daha aylık uygulama şeklinde devam edip, sonrasında tedavi aralıklarının giderek uzatılması planlandı.

SONUÇ: AGA erkeklerde görülen en sık saç dökülme sebebidir ve genetik olarak yatkın kişilerde androjenlerin etkisiyle oluşmaktadır. FDA tarafından onaylı olan tedaviler % 5 minoksidil ve Finasterid'dir. Biz hastamıza PRP tedavisi planladık. Tedaviler aylık olarak devam ettirildi ve 2 seans uygulama sonrasında hastanın şikayetlerinde anlamlı gerileme saptadı.

Hasta fotoğraflaması ile de bu sonuç ortaya konuldu. Hastanın tedavisine 2 seans daha aylık PRP uygulaması şeklinde devam edilmesi kararlaştırıldı. Hasta tedaviden belirgin fayda görüldüğünden, erkek hastalarda AGA tedavisinde PRP'nin de bir seçenek olarak akıldan bulunulması gerekmektedir diye düşünüyoruz.



CERRAHİ RİNOPLASTİ SONRASI GELİŞEN KOMPLİKASYONUN MEDİKAL RİNOPLASTİ İLE TEDAVİSİ

Sabir Hasanov, Mustafa Tunca, Ercan Arca

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim
Dalı, Ankara*

GİRİŞ: Son yıllarda estetik amaçlı cerrahi uygulama sıklıklarında azalma gözlenirken, daha çok ofis ortamında uygulanan, günlük yaşantıya ve iş hayatına geri dönme süresini etkilemeyen uygulama sıklıkları artmaktadır. Farklı içerikli (HA-hyaluronik asit, kalsiyum-hidroksiapatit, PLLA-poli-L laktik asit) dolgular bu konuda hem hekimlerin, hem de hastaların fazlaca tercih etikleri uygulamalardır. Biz cerrahi rinoplasti sonrası komplikasyonu gelişen bir hastamızda medikal (HA dolgu) rinoplasti ile tedavi vakamızı paylaşmak istedik.

OLGU: Hastamız 37 yaşında kadın hasta. Hastamıza yaklaşık 4-5 yıl önce cerrahi olarak rinoplasti uygulanmış. Rinoplasti işleminden sonra burun sırtında çökme olduğunu belirtmekte ve tekrar cerrahi işlem istememekte. Hastamızın şikayetçi olduğu bölge incelendi ve o bölgede çok fazla yapışıklık/sertlik olmadığı görüldü. Muayenesinde supratip çukurda belirgin derinleşme mevcuttu. Hastamızda HA içerikli dolgularla tedavi planlandı. İşlem öncesi hastaya, olası vasküler kompresyon veya oklüzyona bağlı ağrının maskelenmemesi için topikal, infiltrasyon veya radikal anestezi uygulanmadı. Hastaya işlem öncesi işlemle ve kalıcılıkla ilgili bilgi verildi, olası komplikasyonlar anlatıldı, anestezi yapılmamasının nedeni açıklandı. Hastanın onayı alındıktan sonra işleme başlandı. Supratip çukur bölgesine farklı açılardan 27 G iğne ucu ile girilerek, % 0,1 lidokain + 24 mg/ml HA içerikli dolgu enjekte edildi. Uygulama 2 hafta ara ile iki kez tekrarlandı. Toplamda 2 hafta sonunda 0,6 cc dolgu kullanılmış oldu. Hastanın bu süre zarfında veya tedaviden sonraki takip süresince belirgin ödem, ağrı şikayeti olmadı. Uygulama sırasında oluşan ödemin 48 saat içerisinde % 80'i dağıldı. Geri kalan %20'lik kısım ise en fazla 1 hafta içinde çözüldü.

SONUÇ: Cerrahi rinoplasti sonrası sık görülen komplikasyonlardan olan supratip çukurunda belirginleşme, tekrar opere edilerek veya dolgu enjeksiyonları ile tedavi edilebilir. Hastaların bir kısmı cerrahi korreksiyonu tercih etseler de, diğer kısmı tekrar ameliyat istemediklerini belirtmekte. Bu hastalarda özellikle HA dolgularla tedavi ön plana çıkmaktadır. Biz de hastamızda benzeri bir problemi HA içerikli dolguyla tedavi ettik. Burun bölgesinde subkutan doku yok denecek kadar azdır. Deri ve kıkırdak arasında çok fazla potansiyel boşluk bulunmamaktadır.

O yüzden bu bölgede viskozitesi ve partikül büyüklüğü yüksek dolguların, tek seansta fazla miktarlarda verilmesi daha çok kompresyona bağlı vasküler akımda engellenmeye neden olabilmektedir. Hastalarda düşük viskoziteye ve düşük partikül boyutlarındaki dolgular, özellikle HA içerikli dolgular tercih edilmelidir. İşlem mümkünse en az iki seansa bölünmeli ve her seansta fazla miktarda dolgu verilmemelidir.

Bu önlemlere dikkat edildiği sürece komplikasyonu minimize ederekten hastayı ve hekimi memnun edecek sonuçlara ulaşılabilir.



DUDAK ŞEKİLENDİRMEDE HYALURONİK ASİT'Lİ DOLGULAR

Sabir Hasanov, Ercan Arca, Mustafa Tunca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, Ankara

GİRİŞ: Dudaklar kadın çekiciliğinin anahtar noktalarından birisidir. Yüze göre ve alt/üst olacak şekilde kendi aralarında farklı oranlamalar olmasına karşılık, dudak şekillendirmede hastanın isteği de göz önünde bulundurulmalıdır. Genel olarak üst dudak/alt dudak oranı 1/1,6 olarak kabul edilebilir. Dudak şekillendirmede cerrahi yöntemler, silikon protezler, hyaluronik asit içerikli dolgular, otolog yağ enjeksiyonları, polidiaksonon emilebilir sütürler vb yöntemler kullanılabilir, ama aralarında en sık tercih edileni hyaluronik asit dolgu uygulamalarıdır. Biz de bu bildiride dudak şekillendirmede hyaluronik asit dolgusu kullandığımız bir vakamızı paylaşmak istedik.

VAKA: Hastamız 29 yaşında kadın hasta. Dudaklarının biraz daha büyük olmasını istemekte. Hastamız kesinlikle "sosis" dudak şeklinde doğal olmayan bir görüntü istemediğini söylemekte. Hastamızın muayenesinde vermilyon hattının silik olmadığı, "cubid bow"ların mevcut olduğu ve dudak şeklinin ve oranların yerinde olduğu tespit edildi. Hastanın sadece az bir miktar dudak hacminde büyümeye ihtiyacı vardı. Hastayla birlikte, uygulama şekli, olası yan etkileri anlatılarak hyaluronik asit içerikli dolgu uygulamasına karar verildi. Hastadan imzalı onam formu alındıktan sonra dudak mukozasından lidokain+adrenalin enjeksiyonu ike anestezi sağlandı ve uygulamaya başlandı. 18mg/ml hyaluronik asit içerikli dolgu 30G iğne ucu ile uygulandı. Her iki dudak vermilyon hattına uygulama yapıldıktan sonra, cubid bow'lara da (her tarafa 0,05cc bolus) dolgu uygulaması yapıldı. Alt dudak orta hattın hem sağ, hem de sola doğru yaklaşık 5mm laterale, yaş-kuru sınırından girilerek mukoza içine 0,1cc derin bolus uygulaması yapıldı. İlk seansta toplam 0,8cc ürün kullanıldı. Hasta olası ödem ile ilgili bilgilendirildi ve 2 hafta sonra kontrole çağırıldı. Kontrolde hastanın muayenesi yapıldı ve hasta ile birlikte sonucun yeterli olduğu kanaatine varıldı.

SONUÇ: Dudak bölgesi özellikle kadınlar için çekicilik sembolü olarak kendi görevini devam ettirmektedir. Her iki dudak da dış kısımda yerleşen, beyaz çizgi olarak görülen potansiyel boşlukla çevrelenmiştir. Bu bölgeye yapılan uygulama ilr dudak kontürü belirginleştirilir. Özellikle içe dönük ve ince dudaklarda tek seansta bu bölgeye fazla miktarda ürün verildiği taktirde, özellikle de üst dudakta, ön projeksiyonda gereksiz fazlalık olabilmekte.

O yüzden bu tür dudaklarda dolgu uygulamaları en az iki seans şeklinde uygulanmalıdır. Vermilyon sınırının filtral columlar burundan dudaklara doğru uzanan iki adet kabarıklık) ile birleştiği noktalara cubid bow'lar denir. Bu bölge üst dudak şeklinin en önemli noktalarındandır. Özellikle cubid bowları ve "eros yayı" silik olan hastalarda, bu bölgeye küçük bolus uygulamaları yapmak, sınır silikliğini ortadan kaldıracaktır. Alt dudakta da vermilyon sınırı aynı üst dudaktaki gibi mevcuttur ve temel dolgu enjeksiyon bölgelerindendir.

Uygun ürün, uygun hastada, uygun teknikle uygulandığı zaman hem hastayı, hem de uygulayıcı hekimi mutlu edecek sonuçlara ulaşmak mümkündür. Fazla ürün kullanmaktan kaçınmak ve mümkünse uygulamayı seanslar halinde yapmak daha güvenli olacaktır. Hastayı olası yan etkiler (en sık ödem ve ekimoz) konusunda bilgilendirmek her bölgenin dolgu uygulamalarında olduğu gibi, dudak dolgu uygulamalarında da önem arz etmektedir.

ANDROGENETİK ALOPESİDE ALTERNATİF TEDAVİ MODALİTESİ: AMİNEXİL

Damla Altıntaş Mutlu, Aslan Yürekli, Ercan Çalışkan, Ercan Arca

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara

GİRİŞ ve AMAÇ: Orentreich androjen maruziyeti sonucu kıllarda minyatürizasyon teorisini ortaya atarak 1960 yılında Androjenetik Alopesi (AGA) hastalığını tanımlayan ilk kişi olmuştur. Hastalık genellikle 2-3. dekatta başlamaktadır. Siyah derili kişilerde daha az görülmekle birlikte beyaz ırkta bulunan erkeklerin %96'sı bu hastalıktan etkilenmektedir. Hastalığın sıklığı yaşla paralellik göstermekte ileri yaşlarda hastalığın görülme olasılığı artmaktadır. Androjen düzeyi, yaş ve genetik faktörler hastalığın patogeneğinde sorumlu tutulan ana etkenlerdir. Tedavide kullanılan ajanları minoksidil, finasterid, dutasterid, spironolakton, siptoteron asetat, flutamid ve düşük doz lazer uygulaması oluşturmaktadır. FDA tarafından onay alan tedavi seçenekleri ise minoksidil, finasterid ve düşük doz lazer uygulamasıdır. Bunların yanı sıra yeni geliştirilen ginkgo bloba, aloa vera, ginseng, bergamot, hibiscus veya sophora, kafein, melatonin, prostaglandin analogları, millet seed (darı tohumları), prosiyanidin B, prokapil ve aminexil içerikli ürünler kullanılmaktadır.

METOT: Çalışmamızda yakın zamanda tedavide kullanılmaya başlanan aminexil maddesinin AGA'lı hastalar üzerindeki etkisini araştırdık. 2014-2015 yılları arasında evre 2-3 AGA tanısı almış hastalar retrospektif olarak tarandı. Bunlardan aminexil maddesini kullanan 20 hasta tespit edildi. Bu hastaların 5 tanesi uygulama sonrası kontrole gelmediği için, 4 tanesi uygulamayı ilk ay sonu terkettiği için ve 2 tanesi de ek olarak başka tedaviler aldığını söylediği için çalışmaya dahil edilmedi. Sonuç olarak toplam 9 hasta (5 kadın, 4 erkek hasta) 3 ay boyunca hergün 1 ampul aminexil tedavisini tarif edildiği gibi kullanmış olup, tedavi öncesi ve sonrası verileri tam olduğu için çalışmamıza dahil edilmiştir. Çalışmamıza aldığımız hastalar başka ek tedavi almamıştır. Tedavi değerlendirmesi fotoğraflık inceleme ve hasta memnuniyeti baz alınarak yapıldı. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası: vertekse dik gelecek şekilde tepeden fotoğrafları çekildi. Yapılan kontrol muayenesinde hastalara saç dökülme miktarının azalması ve görünüşünün gürleşmesi açısından tedaviden memnun olup olmadığı soruldu.

SONUÇ: Üç aylık amineksil tedavisi sonucu hastaların %55 i amineksil kullanımından memnun olduğunu ifade etti. Bizim yaptığımız değerlendirmede ise hastaların %66 sında fotoğraflık iyileşme gözlemlendi. Aminexil maddesi AGA da düzenli kullanıldığında 3 ay içerisinde başarılı sonuç vermektedir.

TARTIŞMA: AGA genetik yatkınlığı olan kişilerde androjen hormonlarının etkisi ile terminal kılların vellus kıllara dönüşmesi ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Aile hikayesi bulunanlarda AGA gelişme riski oldukça yüksektir. Hastalığa sebep olan genin henüz saptanamadığı AGA'nın nasıl kalıtım gösterdiği bilinmemekte ancak günümüzde en kabul gören teori poligenik bir kalıtım gösterdiğidir.

Aminexil veya 2,4 diamino pyrimidine 3 oksid (2,4-DPO), saç kökünün deriye sağlam tutunmasını sağlar, lysil hydroxylase (LH) sentezini inhibe ederek kollajen sertleşmesinin önüne geçer. Alopesik folikülün alopesik olmayan foliküle göre skalpa daha zayıf tutunması, dermal papilla altında ve folikülün alt yarısında kolajen sertleşmesinin gözlenmesi ve kollajen miktarının 2 kat fazla olduğu bilinmektedir. Bundan yola çıkarak aminexil molekülü skalp biyopsisi ile alınan örnekler invitro uygulanmış folikülü çevreleyen kolajen kılıfın sertleşmesinin önüne geçilmiş ve böylelikle saç kökünün skalpa daha iyi tutunması sağlanmıştır. Bizim çalışmamızda da bundan önce yapılmış diğer çalışmalar gibi aminexilin erken evre androjenetik alopesili hastalarda tedavide alternatif olabileceği ortaya konmuştur ancak bilinmelidir ki aminexilin androjenetik alopesi tedavisindeki gerçek değeri için geniş çaplı çok sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır.

KSANTOMA PLANUM NEDENİYLE ERBİUM YAG LAZER UYGULANMIŞ HASTADA GELİŞEN PETEŞİ VE PURPURA

²Funda Tamer, ²Can Ergin, ¹Erol Koc

¹Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Medicalpark Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

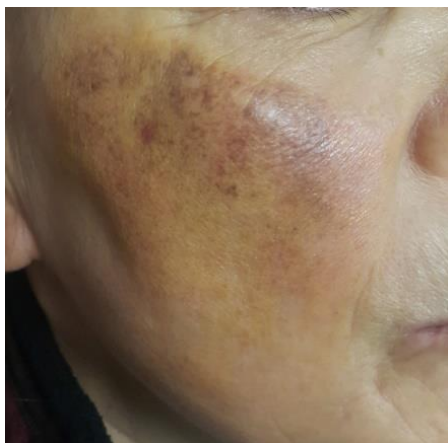
GİRİŞ: Ksantoma planum, sarı-turuncu renkli düz plaklarla karakterize nadir görülen bir ksantom tipidir. Hastalığın en sık yerleşim yeri boyun, omuzlar, aksilla ve gluteal bölgedir. Ksantoma planum genellikle dislipidemi ile ilişkili değildir. Ancak monoklonal gamapatilerle veya lenfoproliferatif hastalıklarla birliktelik gösterebilir. Er:YAG lazer, ksantoma planum tedavisinde ablatif amaçlı olarak kullanılabilir.

AMA: Ksantoma planum nedeniyle yapılan Er:YAG lazer tedavisi sonucunda yüzde peteşi ve purpuralar meydana gelen olguyu sunarak ksantomlar ve tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU: 62 yaşında kadın hasta her iki yanakta 6 yıldır olan yaygın ksantoma planum nedeniyle dış merkezde tek seans Erbium Yag lazer tedavisi yaptırdıktan sonra yüzde gelişen peteşi ve purpuralar nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon olan hasta uzun süredir valsartan hidroklorotiyazid tedavisi almaktaydı. Dermatolojik muayenesinde her iki malar bölgede yaygın peteşi, purpura ve sarı renkli düz plaklar mevcuttu. Hastanın öyküsünden lazer tedavisi sırasında 1 hafta boyunca asetilsalisilik asit 100 mg/gün kullandığı öğrenildi. Hastaya topikal tedavi verilerek 2 hafta aralıklarla yakın takip önerildi.

TARTIŞMA: Fraksiyonel CO2 ve Er:YAG gibi ablatif lazerler ksantoma planum gibi epidermal ve dermal lezyonların tedavisinde güvenli bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak ablatif lazer uygulamaları ile atrofik skarlar, hipertrofik skarlar, keloid, hiperpigmentasyon ve hipopigmentasyon gibi komplikasyonların gelişebileceği unutulmamalıdır.

SONUÇ: Bizim hastamızda, erbium yag lazer tedavisi sırasında sistemik asetilsalisilik asit kullanımına bağlı olarak yüzde yaygın purpurik döküntüler gelişmiştir. Bu olguda lazer uygulamaları öncesinde tüm hastaların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği ve tedavi seçiminin hastaya özel olarak belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır.



KİMYASAL PEELİNG İLE YÜZDE GELİŞEN SKAR VE KIKIRDAK DEJENERASYONU

²Funda Tamer, ²Can Ergin, ¹Erol Koc

¹Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Medicalpark Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Kimyasal peeling, foto-yaşlanma, akne, melazma veya post-inflamatuvar hiperpigmentasyon gibi leke ve skar tedavisi nedeniyle yapılabilir. Yüzeyel peeling'ler stratum korneum ve papiller dermis, derin peeling'ler ise retiküler dermise kadar penetre olabilir. Özellikle derin kimyasal peeling'ler ile eritem, ödem, kaşıntı, yanma, skar, milia, hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon gibi komplikasyonlar görülebilir.

AMAÇ: Kimyasal peeling ile melazma tedavisi yapılan yüzünde gelişen skar ve doku kaybı gelişen hasta sunularak, kimyasal peeling ve komplikasyonlarının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU: 45 yaşında bayan hasta, dış merkezde ismini bilmediği bir madde ile yüzüne yapılan kimyasal peeling sonrası oluşan yara ve yanık nedeniyle değerlendirildi. Uygulama yüzdeki lekeleri tedavi etmek amacıyla yapılmış olup yüzde leke, skar dokusu ve burunda kıkırdak harabiyetine yol açmıştı. Dermatolojik muayenede alında hipertrofik skatris, burun sol kanadında kıkırdak destrüksiyonu ve bilateral malar bölgede hiperpigmente maküller mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Hasta üç haftada bir yapılan trombosit zengin plazma tedavisi ve koyun plasentas, hyalüronik asit, kojik asit, kollajen, vitamin E, vitamin C ve aloe vera içeren maske ile tedavi edildi.

TARTIŞMA: Her ne kadar güvenli yöntemler olsa da, özellikle derin kimyasal peeling'ler uzman hekimler tarafından yapılmadığı zaman istenmeyen yan etkilere neden olabilmektedir. Komplikasyonları engellemek için, hasta dikkatlice değerlendirilmeli, cilt tipi, yara iyileşmesi, keloid veya hipertrofik skatris oluşumuna yatkın olup olmadığı, kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır. Uygulama mutlaka hekim tarafından yapılmalı, yardımcı personele bırakılmamalıdır.

SONUÇ: Bu olgu sunumunda kozmetik işlemlerin uzman hekimler tarafından yapılması gerektiği, işlem yapılmadan önce hastanın dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve hastanın uygulama ile ilgili bilgilendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.



RİNOFİMA TEDAVİSİNDE RADYOFREKANS TEKNİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

**Sinem Ayşe Örnek, Utkan Kızıltaç, Deniz Yavuz, Ömer Özdemir,
Mehmet Çopur, Emek Kocatürk**

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ ve AMAÇ: Rinofima, akne rosasenin sebase gland ve konnektif doku hiperplazisi sonucu burunda lobüle ve bulböz görünüme yol açan bir formudur. Burun üzerinde ilerleyici deformiteye sebep olan ve hastaları psikososyal olarak etkileyen önemli bir kozmetik sorundur. Medikal tedaviler aktif inflamasyonun olduğu erken evrede iyi sonuç vermesine rağmen geç evre rinofimada etkisiz kalmaktadır. Bu evrede dermabrazyon, likid nitrojen, lazer ablasyon, bistüri ile eksizyon, tam kat deri grefti ile rekonstrüksiyon ve radyofrekans gibi birçok farklı teknik kullanılmaktadır. En sık uygulanan yöntem bistüri ile cerrahi eksizyondur ancak işlem sırasında meydana gelen aşırı kanama, eksizyon derinliğini değerlendirmede problem yaratmaktadır. Koagülasyon ile alttaki dokuya zarar vermeden kanamanın azaltılması, radyofrekans tekniğini burnu yeniden şekillendirmede uygun bir seçenek haline getirmektedir. İşlem sonrası reepitelizasyon hipertrofik sebase glandlarda bulunan epitel sayesinde hızlıca gerçekleşmektedir.

OLGU: Daha önce kullandığı medikal tedavilerden fayda görmeyen, burnun alt 2/3'ünde diffüz, ekzotik büyümesi olan, ileri evre rinofima tanılı 45 yaşında erkek hasta radyofrekans ile tedavi edildi. İşlem öncesinde nervus infratrochlearis, infraorbitalis ve dorsalis nasi'ye nöral blok anestezi yapıldı. Radyofrekans ile hipertrofik doku çıkarıldı ve burna yeniden şekil verildi. İşlem sonrası operasyon alanı %2 fusidik asit merhem ile kapatıldı. Düzenli aralıklarla kontrole çağrılan hastanın iyileşme süreci fotoğrafı çekilerek dokumente edildi. Postoperatif 14.günde reepitelizasyonu başlayan hastanın 28.gün kontrolünde eritemin gerilediği ve yara dokusunun tamamen iyileştiği gözlemlendi. İşlem sonrası enfeksiyon, hiperpigmentasyon, skar oluşumu gibi olası komplikasyonlar gözlenmedi.

SONUÇ: Radyofrekans tekniği ucuz, klinik ortamda lokal anestezi ile yapılabilen, kanamanın kontrol edilebilmesine olanak sağlayan bir tedavidir. İşlem sonrası reepitelizasyonun hızlı olması, oluşabilecek komplikasyonların basit ve önlenabilir olması ve kozmetik sonuçlarının iyi olması nedeni ile rinofima tedavisinde tercih edilebilir.

LAUGIER-HUNZIKER SENDROMU: OLGU SUNUMU**Abdullah Demirbaş, Gözde Ulutaş Demirbaş, Fatma Tunçez Akyürek***Selçuk Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya*

GİRİŞ: Laugier-Hunziker Sendromu (LHS); ilk olarak 1970 tarihinde Laugier ve Hunziker tarafından tanımlanan ve klinik olarak oral mukoza, dudak, el içi, ayak tabanı, konjonktiva, özofagus, anüs ve vulvada pigmente lezyonlarla karakterize benign ve edinsel bir dermatozdur.

OLGU SUNUMU: 70 yaşında kadın hasta ağız içerisinde, üst, alt dudakta ve sağ ayak 1.parmak tırnağında siyah renk değişikliği şikayeti ile kliniğimize başvurdu. İlk olarak yaklaşık 30 yıl önce alt dudak üzerinde kahverengi renk değişikliği olduğunu ifade eden hasta bu renk değişikliğinin zamanla ağız içi, sert damak ve yanak mukozasına doğru yayıldığını belirtti. Dermatolojik muayenede alt ve üst dudakta, her iki bukkal mukozada, sert damakta kahverengi-siyah renkte maküler hiperpigmentasyon ile sağ ayak 1. parmak tırnağında striat melanonişi mevcuttu. Bukkal mukozadaki pigmente lezyondan alınan punch biyopsi materyalinin histopatolojik incelenmesinde bazal tabakada fokal pigment inkontinansı saptandı. Melanositik proliferasyon ve hücresel atipi gözlenmedi.

TARTIŞMA: LHS; mukokutanöz hiperpigmentasyona neden olan edinsel nadir bir hastalıktır. Ana ayırıcı tanı Peutz Jeghers sendromu (PJS) ve Addison hastalığıdır. Peutz Jeghers Sendromlu hastalarda gastrointestinal karsinom insidansının yanı sıra genital ve meme tümörleri olması nedeniyle, yaygın oral pigmentasyon durumunda ekarte edilmelidir. Olgumuza tarafımızca herhangi bir tedavi verilmedi ve sadece takip önerildi.

LAZER EPİLASYON TEDAVİSİNDE ALEXANDRİTE (755NM) İLE ALEXANDRİTE(755NM) +ND:YAG (1064NM) KOMBİNE TEDAVİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşegül İyileşen Daş, Orhan Özgöztaş

Gaziantep Üniversitesi Gaziantep Tıp Fakültesi; Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

GİRİŞ: Lazer(LASER) terimi ‘Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation’ın kısaltılmışı olup birçok dermokozmetik tedavilerde kullanılmaktadır. İstenmeyen kılların yokedilmesi(hair removal) amacıyla lazerle dokuya gönderilen enerjinin kıl ve kıl folikülündeki melanine aktarılarak bu yapıların kalıcı olarak hasarlanması lazer epilasyonun mantığını oluşturmaktadır.(1,2,3) Günümüzde bu amaçla Alexandrite(755 nm), Diode (810nm)ve Nd YAG(1064 nm) lazer tipleri kullanılmaktadır. Son zamanlarda bu lazerleri kombine ederek daha az enerjiyle de istenilen etkinin elde edilebileceği görüşü ileri sürülmüştür.2

AMAÇ: Alexandrite ile Alexandrite +Nd:YAG kombine lazer epilasyon tedavilerinin aksiller bölgedeki kıllara uygulanarak etkinliklerinin karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışmaya Mayıs 2016-Kasım 2016 tarihleri arasında kozmetoloji birimimize aksiller lazer epilasyon yapılması isteğiyle başvuran ve lazer uygulamasına herhangi bir kontrendikasyonu olmayan, gönüllü, 18 yaş üstü 50 kadın hasta alındı. Lazer uygulamasından önce her iki aksiller bölgedeki aynı birim alandaki kıl folikülleri dermatoskopik görüntülemeyle sayıldı. Hastaların sağ aksillasına Alexandrite lazer, sol aksillasına Alexandrite+Nd:YAG kombine lazer uygulaması 4 hafta arayla 3 seans olacak şekilde yapıldı.3 uygulama sonrası aynı alanların tekrar dermatoskopik görüntülemesi yapılarak hastaların tedavi sonrası kıl folikülleri sayıldı. Tedavi öncesi ve sonrası kıl folikülü dansitesindeki azalma oranları karşılaştırıldı.

SONUÇ: 3 seans lazer epilasyon sonrası sonuçlar karşılaştırıldığında; kıl folikül azalma yüzdeleri alexandrite lazer uygulanan sağ aksillada 56.6 ± 17.3 ; alexandrite+ Nd:YAG kombine tedavi uygulanan sol aksillada 51.0 ± 20.8 olarak bulundu.. Hastaların Fitzpatrick deri tiplerine göre oranları tip I %2, tip II %54,tip III %44 olarak bulundu. : Eşleştirilmiş t testi yapılarak sağ ve sol aksillanın birbirine göre karşılaştırılmasında sağ aksilladaki değişim sol aksillaya göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.(p=0,016)

TARTIŞMA: Kombine uygulamanın yalnız başına Alexandrite uygulamasına göre avantajlı olmadığı, ancak hastaların bu uygulamadan daha az ağrı hissettikleri tespit edildi.

KAYNAKLAR: Khoury JG, Saluja R, Goldman MP. Comparative evaluation of long-pulse alexandrite and long-pulse Nd:YAG laser systems used individually and in combination for axillary hair removal. *Dermatol Surg* 2008;34:665-6712) Rao J, Goldman MP. Prospective, comparative evaluation of three systems used individually and combination for axillary removal. *Dermatol Surg* 2005;31:1671-16773) Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Lasers in dermatology: four decades of progress. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:1-31.

DUDAK DOLGUSU SONRASINDA OLUŞAN YABANCI CİSİM GRANÜLOMU VE KLEBSİELLA PNEUMONİA ENFEKSİYONU

Gülşen Tükenmez Demirci, A. Tülin Mansur

Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ ve AMAÇ: Hyaluronik asit ve türevlerinin enjeksiyonları son yıllarda, yaşa bağlı yüzdeki yağ dokusu kayıplarında sıklıkla kullanılmaktadır. Biyoyumluluk ve biyoyıkımlarının çok iyi olmasına rağmen nadir de olsa erken ve geç tip komplikasyonlar ile karşılaşılabilir. Burada dudağa hyaluronik asit türevi uygulandıktan 5 yıl sonra ortaya çıkan bir yabancı cisim granülomu olgusu sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: 51 yaşında bayan hasta üst dudak sağ tarafında 1 ay önce oluşup gittikçe büyüme gösteren şişlik ve kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenede üst dudak sağ iç taraftan başlayıp üst dokulara doğru ilerleyen, 2x2,4 cm çaplarında, sınırları düzensiz, palpasyonla merkezi sert ve parlak eritemli, etrafı yumuşak ve hassas soluk eritematöz, bir plak lezyon gözlemlendi. Fizik muayenesi normaldi. Sistemik bir hastalığı ve kullandığı bir ilaç yoktu. Dudak iç kısmından yapılan insizyonel biyopsi ve doku kültürü için alınan örnekler sonucunda yabancı cisim granülomu ve klebsiella pneumonia kolonizasyonu olduğu gözlemlendi. Hasta Siprofloksasin 750 mg 2x1 14 gün, topikal fusidik asit ve betamatazon kombinasyonu kullandı. 14. günün sonunda lezyondan sarı kremi bir akıntı drene edildi, mayiden kültür için örnek alındı. Kültür sonucunda üreme olmaması üzerine intalezyonel triamsinolon steroid enjeksiyonu yapılması planlandı.

TARTIŞMA: Hyaluronik asit ve türevlerinin az da olsa karşılaşılan geç tip reaksiyonları olduğu bildirilmektedir. Yabancı cisim granülomu bu yan etkilerin arasında yer almaktadır. Yabancı cisim granülomu oluşmasının nedenleri için üç teori öne sürülmüştür. İlk teori, dolgu maddesinin uygulandığı alanda bakteriyel bir fermentasyonun hipersensitiviteye yol açmasıdır. Tekrarlayan intradermal enjeksiyon yapılan kişilerde, hyaluronik asite karşı oluşan antikorların gösterilmesi bu teoriyi desteklemiştir. İkinci teori, çapraz bağlı hyaluronik asitin yıkılması sonucunda ortaya çıkan yıkım ürünlerinin inflamatuvar yanıtı tetiklemesidir. Üçüncü teori ise enjeksiyon sırasında oluşan bakteriyel inokülasyonun geç tip granülom oluşmasına neden olmasıdır.

Bir çok olguda bakteriyel enfeksiyon, enjeksiyondan birkaç gün sonra oluşmakta ancak bazen yabancı cisimlerin üstünü kaplayan bakteri, bakteri ürünleri ve artıklarını içeren biofilm tabakasının, konağın immün yanıtından uzun süre korunarak, aylar veya yıllar sonra reaksiyon verebilmektedir. Buradaki olguda da dolgu maddesi enjeksiyonundan 5 yıl sonra yabancı cisim granülomunun oluşması ve bakteriyel bir kolonizasyonun gösterilmesi, bir biofilm tabakasının varlığını düşündürmektedir.

SONUÇ: Yabancı cisim granülomu oluşması hyaluronik asit uygulamasından yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir. Bu tür komplikasyonlar açısından hastalar uyarılmalı ve tedavi öncesinde histopatolojik inceleme yanında doku kültürü alınması ihmal edilmemelidir.

İNDEKS

A

A. Tülin Mansur	90
Abdullah Demirbaş.....	87
Ahmet Hakan Erbil.....	16
Ali Balevi.....	63, 64
Aslan Yürekli	80
Aslı Feride Kaptanoğlu	61
Ayşegül İyileşen Daş	88

B

Banu Taşkın	69
Başak Kandı	52
Berna Şanlı	18

C

Can Ergin.....	82, 84
----------------	--------

D

Damla Altıntaş Mutlu	80
Demet Kartal	70
Deniz Yavuz	86

E

Emek Kocatürk	86
Ercan Arca .. 19, 67, 72, 74, 76, 78, 80	
Ercan Çalıışkan	80
Erol Koç.....	23, 82, 84
Erol Ozan.....	74

F

Fatma Tunçez Akyürek.....	87
Funda Tamer.....	82, 84

G

Gözde Ulutaş Demirbaş.....	87
Gülşen Tükenmez Demirci	90

H

Hatice Şanlı.....	14
-------------------	----

I

İdil Ünal	36
İlgen Ertam	57

M

Mehmet Çopur.....	86
Meltem Önder	26
Murat Borlu	38, 70
Mustafa Özdemir	63, 64
Mustafa Tunca.....	67, 74, 76, 78

O

Ömer Özdemir.....	86
Orhan Özgöztası	88
Özlem Karabudak	53

P

Pelin Üstüner.....	63, 64
--------------------	--------

R

Recep Dursun	41, 58
--------------------	--------

S

Sabir Hasanov.....	67, 72, 74, 76, 78
Salih Levent Çınar	70
Seçil Engin Uysal.....	63
Seher Bostancı.....	39
Şeyma Başar.....	70
Sibel Alper	69
Sinem Ayşe Örnek.....	86

U

Utkan Kızıltaş	86
----------------------	----

Z

Zahide Eriş Eken	69
Zehra Aşiran Serdar.....	48
Zekayi Kutlubay	50

Notlar

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Notlar

This image shows a full page of a document template designed for handwritten notes or essays. It features approximately 30 evenly spaced, thin horizontal grey lines across the entire width of the page. The background is white, and there are no margins, headers, footers, or other markings present.

Notlar

[illegible]

Notlar

This image shows a full page of a document template designed for handwritten notes or essays. It features approximately 30 evenly spaced, thin horizontal grey lines across the entire width of the page. The margins are consistent on all sides, providing a clear area for writing. There is no text, handwriting, or other markings present on the page.