

V° CORSO DI AGGIORNAMENTO
DI CHIRURGIA ESTETICA
6 - 7 - 8 marzo 1992 - Milano

Quaderni

DI CHIRURGIA ESTETICA





P. Santanchè - C. Bonarrigo - M. Penotti

Possibilità farmacologiche di mantenimento del risultato estetico nella chirurgia di ringiovanimento del volto nelle donne in menopausa

Il fisiologico processo d'invecchiamento cutaneo è, nella donna, accelerato dalla situazione di carenza estro-progestinica che si viene a creare dopo l'inizio della menopausa.

Gli Autori illustrano quale terapia medica coadiuvante nell'ambito delle scelte offerte dalla chirurgia estetica volte a cancellare i segni del tempo, i vantaggi dell'utilizzo di una terapia combinata estro-progestinica in donne in menopausa. Tale terapia previene lo sviluppo dei cambiamenti sistemici postmenopausali. Infatti risulta utile sia sul metabolismo osseo che lipidico, sia sulla reattività cardiovascolare, sia nel mantenimento dello spessore del derma cutaneo, o nel suo eventuale ripristino.

In tal senso tale terapia si rende proponibile per mantenere più a lungo nel tempo i risultati raggiunti da un primitivo atto chirurgico estetico.

A tutt'oggi è prevalentemente il paziente di sesso femminile a richiedere al chirurgo estetico un intervento di ritidectomia.

In particolare, nonostante sia in aumento il numero di pazienti che si accosta precocemente alla chirurgia estetica del volto, resta tuttavia alta la percentuale di soggetti che solo in età avanzata consulta lo specialista.

È ormai conoscenza consolidata che, oltre agli aspetti più eclatanti della mancanza di flussi mestruali e della comparsa di una sintomatologia soggettiva molto variegata e estremamente disturbante, la donna in menopausa subisca un'importante modificazione di diversi sistemi metabolici ed apparati.

La carenza estrogenica è il responsabile unico e diretto di questa situazione nuova, ed in particolare delle rilevanti alterazioni del metabolismo lipidico, fosfo-calcico e del collagene.

I distretti che risentono di queste modificazioni sono quello cardiovascolare, quello scheletrico, quello legamentoso e connettivale in genere, e quello cutaneo. Nella fattispecie è stato dimostrato che, con la menopausa, lo spessore della cute va incontro ad una rapida diminuzione, e la cute stessa perde lucentezza in proporzione al grado di disidratazione degli spazi intercellulari, nonché elasticità in proporzione alla degenerazione delle fibre elastiche e alla alterata disposizione di quelle reticolari nel contesto della sostanza fondamentale. In particolare, l'assottigliamento della cute è dovuto all'ipotrofia del derma per una drastica

riduzione della sua componente organica, rappresentata essenzialmente da collagene e da glicosaminoglicani.

Il collagene costituisce circa un terzo della massa corporea totale, rappresentato al 90% da collagene di tipo 1, componente preponderante della matrice extracellulare sia dermica che ossea.

Molti studi confermano ormai l'esistenza di una correlazione altamente significativa tra la diminuzione del contenuto di collagene e lo spessore della pelle da un lato, e l'età menopausale, non anagrafica, dall'altro.

In particolare il contenuto di collagene sembra diminuire in modo esponenziale dai 2 ai 4 anni dopo l'inizio della menopausa, arrivando ad una perdita del 45% del totale nei primi quindici anni di menopausa, per poi stabilizzarsi.

Nel distretto cervico-facciale il processo d'invecchiamento riconosce diverse fasi e interessa diverse strutture, per ognuna delle quali è proponibile un trattamento specifico.

Le sottili rughe che compaiono verso i 25-30 anni d'età in sede periauricolare e periorale, all'inserzione dei muscoli orbicolari (ben diverse dalle fisiologiche 'rughe di espressione' date dalla contrazione della sottostante muscolatura mimica), sono efficacemente trattate con innesti di collagene, e così pure l'estensione di tale processo, negli anni successivi, alla zona frontale con la comparsa di rughe frontali e glabellari.

Lo stesso trattamento è utile a risolvere le ben più tardive rughe delle labbra.

La riduzione di tipo ipotrofico del tessuto ipodermico zigomatico-malare e del solco naso-labiale che determina un approfondimento di quest'ultimo e la sua estensione naso-geniena con conseguente interruzione della continuità del profilo mandibolare, è corretta proficuamente con il lipofilling, un autoinnesto di tessuto adiposo prelevato senza segni visibili residui nell'area donatrice.

Infine il rilassamento cutaneo generalizzato del viso, che si manifesta dopo i 40

anni e continua ad accentuarsi in forte crescendo in post-menopausa per i motivi e con i meccanismi descritti, si rende evidente con la comparsa di rughe diffuse del volto e pre-auricolari oblique in avanti e in basso, determinate dalla 'caduta' verso il basso della struttura cutanea del volto in toto. Si accentuano inoltre borse palpebrali e depositi grassosi sotto-mentonieri e si evidenzia la formazione di pieghe sul collo con perdita del profilo originario.

Quest'ultimo processo è contrastabile con un intervento di ritidectomia (associato o meno a blefaroplastica e liposuzione del doppio-mento) che nelle sue diverse varianti, eliminando la cute in eccesso e riposizionando i tessuti molli, restituisce al volto e al collo la loro giovanile apparenza.

L'intervento chirurgico non rallenta però il fisiologico processo d'invecchiamento cutaneo, processo che risulterà notevolmente aggravato dal degrado metabolico innescato dalla carenza estrogenica della donna in menopausa.

A conferma di questo, è stata ben dimostrata l'efficacia di una terapia ormonale sostitutiva che risulta in grado di prevenire, se instaurata precocemente, o di recuperare la perdita di collagene. L'incremento di spessore del derma risulta inversamente proporzionale alla situazione di partenza, e gli effetti risultano comunque ottimali non prima dei sei mesi di trattamento.

Considerando questi fatti, riteniamo che per quanto riguarda la salvaguardia nel tempo dell'efficienza estetica ottenibile con la chirurgia del volto sia estremamente importante suggerire alla paziente in menopausa di iniziare e proseguire negli anni una terapia ormonale sostitutiva ben bilanciata.

L'effetto che desideriamo ottenere è quello di mantenere l'elasticità e lo spessore cutaneo che ci consentiranno di conservare meglio e più a lungo il risultato dovuto all'atto chirurgico.

Tutto questo senza tenere conto degli altri grandi benefici che la donna in menopausa può attendersi dalla terapia ormonale sostitutiva: benefici che vanno dal più semplice sollievo dalla disturbante sintomatologia vasomotoria, al più importante riequilibrio del metabolismo lipidico e fosfo-calcico. Quest'ultimo riveste grande importanza nel mantenimento della struttura scheletrica e quindi nella prevenzione del rischio di fratture secondarie all'osteoporosi post-menopausale, tra cui le caratteristiche micro-fratture vertebrali da schiacciamento. Esse, determinando la progressiva deformazione cifotica della colonna dorsale, conferiscono alla paziente un atteggiamento ed una postura di tipo senescente, in contrasto col risultato estetico del viso ringiovanito chirurgicamente.

La terapia ormonale sostitutiva è imperniata sulla somministrazione bilanciata dei due principali steroidi sessuali femminili: l'estrogeno ed il progestinico. Il componente estrogenico può oggi essere somministrato in più modi. Tra questi i più utilizzati in Italia sono la via orale e la via transdermica. Quest'ultima, tra l'altro, permette di utilizzare il composto più naturale: il 17- β -estradiolo. L'associazione del progestinico, il Medrossiprogesterone acetato, deriva dalla necessità di bilanciare lo stimolo iperplasizzante dell'estrogeno sulla mucosa endometriale.

Questo schema terapeutico permette di restituire alla donna l'impregnazione ormonale più consona al pieno mantenimento del benessere metabolico e psicologico e deve essere continuato per almeno un decennio dopo la menopausa. Dal momento che le modificazioni metaboliche negative, ad esclusione di quella cutanea, indotte dalla menopausa in gran parte non sono reversibili, è evidente come sia importante iniziare la terapia sostitutiva ormonale al comparire delle prime alterazioni mestruali e/o psicologiche che configurano il quadro premenopausale. Sarà compito del ginecologo personalizzare per ogni paziente la cura più idonea nell'ampio ventaglio delle opzioni terapeutiche possibili.

Il positivo influsso della terapia sostitutiva nei suoi diversi aspetti ci permette di considerare, per la donna che ne fruirà a lungo, un notevole incremento dell'aspettativa di vita ed ovviamente di qualità della stessa.

Potremo ottenere, con l'associazione di questo intervento terapeutico al primitivo atto chirurgico, la conferma di ciò che dicevano gli antichi Greci: "bello e buono".

BIBLIOGRAFIA

M. Brincat, E. Versi, C.F. Moniz, A. Magos, J. de Trafford, J.W.W. Studd: SKIN COLLAGEN CHANGES IN POSTMENOPAUSAL WOMEN RECEIVING DIFFERENT REGIMENS OF ESTROGEN THERAPY *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 70, 1, 123, 1987.

M. Brincat, C.F. Moniz, S. Kabalan, E. Versi, T.O., Dowd, A.L. Magos, J. Montgomery, J.W.W. Studd: DECLINE IN SKIN COLLAGEN AND METACARPAL INDEX AFTER THE MENOPAUSE AND ITS PREVENTION WITH SEX HORMONE REPLACEMENT. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 94, 126, 1987.

M. Brincat, C.J. Moniz, J.W.W. Studd et al.: LONG-TERM EFFECTS OF THE MENOPAUSE AND SEX HORMONES ON SKIN THICKNESS. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 92, 256, 1985.

M. Brincat, A. Wong Ten Yuen, J.W.W. Studd, J. Montgomery, A.L. Magos, M. Savvas: RESPONSE OF SKIN THICKNESS AND METACARPAL INDEX TO ESTRADIOL THERAPY IN POST-MENOPAUSAL WOMEN. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4, 538, 1987.

T.L. Bush, L.D. Cowan, E. Barrett-Connor, et al.: ESTROGEN USE AND ALL-CAUSE MORTALITY. PRELIMINARY RESULTS FROM THE LIPID RESEARCH CLINICS PROGRAM FOLLOW-UP STUDY. *Jama* 1983; 249:903-906.

H.K. Genant, C.E. Cann, B. Ettinger, G.S. Gordan: QUANTITATIVE COMPUTED TOMOGRAPHY OF VERTEBRAL SPONGIOSA: A SENSITIVE METHOD FOR DETECTING EARLY BONE LOSS AFTER OOPHORECTOMY, *Arch. Intern. Med.* 1982; 97:699-705.

S. Johansson, A. Vedin, C. Wihelmsen: MYOCARDIAL INFARCTION IN WOMEN. *Epidemiol. Rev.* 1983; 5:67-95.

W.B. Kannel, M.C. Hjortland, P.M. McNamara, T. Gordon: MENOPAUSE AND RISK OF CARDIOVASCULAR DISEASE. THE FRAMINGHAM STUDY. *Ann. Intern. Med.* 1976; 85:447-452.

R.H. Knopp: THE EFFECTS OF POSTMENOPAUSAL ESTROGEN THERAPY ON THE INCIDENCE OF ARTERIOSCLEROTIC VASCULAR DISEASE. *Obstet Gynecol* 1988; 72:23S-30S.

R. Lindsay, D.M. Hart, J.M. Aitken, E.B. McDonald, J.B. Anderson, A.C. Clarke: LONG-TERM PREVENTION OF POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS BY OESTROGEN. *Lancet* 1976; 1:1038-41.

H.C. McGill jr, M.P. Stern: SEX AND ATHEROSCLEROSIS. *Atheroscler Rev* 1979; 4:157-242.

N. Munk-Jensen, S. Pors Nielsen, E.B. Obel, P. Bonne Eriksen: REVERSAL OF POSTMENOPAUSAL VERTEBRAL BONE LOSS BY OESTROGEN AND PROGESTOGEN: A DOUBLE BLIND PLACEBO CONTROLLED STUDY. *Br. Med. J.* 1988; 296:1150-52.

B.J. Riis, K. Thomsen, V. Strom, C. Christiansen: THE EFFECTS OF PERCUTANEOUS ESTRADIOL AND NATURAL PROGESTERONE ON POSTMENOPAUSAL BONE LOSS. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1987; 156:61-65.

R.K. Ross, A. Paganini-Hill, T.M. Mack, M. Arthur, B.E. Henderson: MENOPAUSAL OESTROGEN THERAPY AND PROTECTION FROM DEATH FROM ISCHAEMIC HEART DISEASE *lancet* 1981; 1:858-60.

J.C. Stevenson, M.I. Whitehead: POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS. *Br. Med. J.* 1982; 285:585-88.