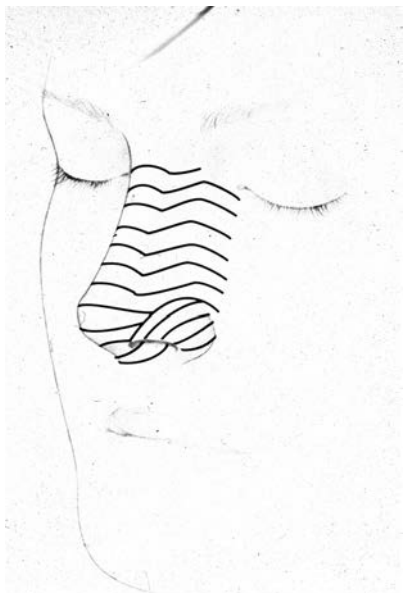


## Littekenrevisie van de neus: een praktische overzicht

H.D. Vuyk

Hoe een litteken er uit ziet hangt af van een aantal factoren, waaronder de oorzaak van de wond, de plaats van de wond, de primaire behandeling en eventuele complicaties nadien. In het ideale geval is een genezen litteken vlak, gelijk met de omgeving, zonder kleurverschil en loopt in ontspannen huidlijnen (Figuur 1) of op natuurlijke anatomische overgangen. Het optimale litteken is daarnaast kort en zonder onnatuurlijke rechte delen.



*Figuur 1 Ontspannen huidlijnen op de neus. De spanning die in de huid bestaat, is loodrecht op de ontspannen huidlijnen het minst. Dit betekent dat littekens die lopen in de richting van de OHL minder breed zullen worden dan incisies die loodrecht op de OHL verlopen. (Larrabee: Advanced nasal anatomy, Facial Plastic Surgery Clinics, November 1994, pp. 403).*

Analyse van een voor de patiënt storend litteken omvat zowel psychologische als chirurgisch-technische aspecten. Belangrijk is om in een open gesprek de patiënt duidelijk te laten aangeven welk litteken en welk

onderdeel van een bepaald litteken hij als het meest storend ervaart en wat zijn verwachting omtrent eventuele behandeling is. Om consensus te bereiken bij deze electieve ingreep is, naast de informatie omtrent de te verwachten verbetering, informatie omtrent de behandeling(en), waarbij in de postoperatieve fase de actieve medewerking van de patiënt nodig is en informatie omtrent de duur van postoperatieve genezing (soms tot 1 jaar), van groot belang. Voor wat betreft de plastische aangezichts chirurgie in het algemeen en littekencorrecties in het bijzonder zijn een reëel verwachtingspatroon tezamen met de juiste chirurgische techniek voorwaarden om tot een succesvolle behandeling te komen met als uiteindelijk doel een tevreden patiënt. Dit betekent dat het zowel voor patiënt als chirurg duidelijk moet zijn, dat er alleen sprake kan zijn van verbetering en camouflage van het litteken en dat complete verwijdering onmogelijk is.

Vanuit chirurgisch-technisch oogpunt dient de oorzaak van het litteken, leeftijd, huidtype en het litteken zelf, alsmede de relatie van het litteken tot de omgeving worden geëvalueerd. Vanzelfsprekend zullen wonden ten gevolge van een scherp trauma beter genezen dan traumata waarbij weefsel verloren is gegaan. Een littekencorrectie na eerder weefselverlies is lastig vanwege de vaak beperkte mogelijkheden om weefsels in een gunstige positie te rangschikken. Bij jongere patienten staat de huid van het gelaat strakker gespannen dan bij volwassenen. Deze spanning is vaak terug te vinden op de wondranden na littekencorrectie, hetgeen de genezing van het uiteindelijke litteken negatief kan beïnvloeden. In het algemeen vertoont een dikke, onregelmatige huid een slechtere genezigstendens dan een dunnere huid. De genezing van een litteken duurt in het algemeen 6 tot 12 maanden. Derhalve wordt deze periode normaliter afgewacht vóór eventuele (her-) littekencorrectie. Het litteken zelf wordt beoordeeld naar *vorm, lengte, breedte, hoogte en kleur*. Het is met name de positie t.o.v. de ontspannen huidlijnen (OHL) en overgangszones, die voor een belangrijke deel de te gebruiken correctietechniek dicteert. Als transpositie van huid of een opschuiftechniek wordt overwogen is mobili-

Ziekenhuis Gooi Noord, Blaricum  
afd. Keel- Neus-Oorheelkunde Plastische en Reconstructieve  
Aangezichts chirurgie  
Rijksstraatweg 1, 1261 AN Blaricum  
Dr.H.D.Vuyk, KNO-arts

teit in de directe omgeving van het litteken een voorwaarde. Na een neustrauma met fractuur dient het onderliggende neusskelet in de evaluatie van het litteken en eventuele behandeling betrokken te worden.

Als het litteken dusdanig verbeterd kan worden en aan de verwachtingen van de patiënt kan worden voldaan, moet een keus worden gemaakt uit een aantal chirurgische procedures (Tabel 1). Soms is een combinatie van technieken nodig om tot een optimaal resultaat te komen.

**Tabel 1.**

Chirurgische correctie voor littekencorrectie van de neus
- Fusiforme excisie
- Z-plastiek (multipiele)
- W-plastiek
- Abrasie

De meest eenvoudige techniek is de *fusiforme excisie*. Een voorwaarde is dat het litteken bijna in de richting van de ontspannen huidlijnen loopt en in een gunstige positie ligt. De uiteindelijke lengte mag niet meer dan 2 cm zijn om zo min mogelijk op te vallen. Plastisch chirurgische basisprincipes dicteren bij de excisie 2 scherpe hoeken van minder dan  $60^\circ$ , atraumatische techniek, ondermijnen van de wondranden, subcutane hechtingen en precieze apositie van de wondranden met huidhechtingen. Om genezing te bevorderen mogen de hechtingen niet te strak worden aangetrokken en dienen na 4 – 5 dagen te worden verwijderd (Figuur 2a-b).

De *Z-plastiek* is één van de meest gebruikte littekencorrectie technieken van de neus. Per definitie is de Z-plastiek een incisie met transpositie van 2 driehoekvormige huidlappen (Figuur 3). Het litteken kan hiermee meer in de richting van de OHL worden geplaatst. Belangrijk is het feit dat door transpositie van weefsel uit de omgeving een verlenging van het litteken optreedt, die kan worden gebruikt om band-

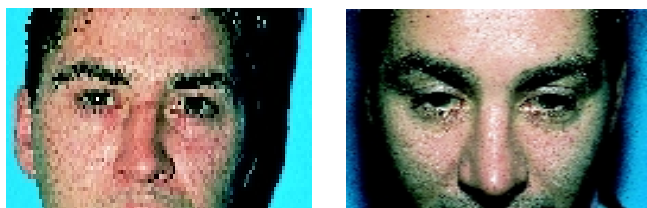
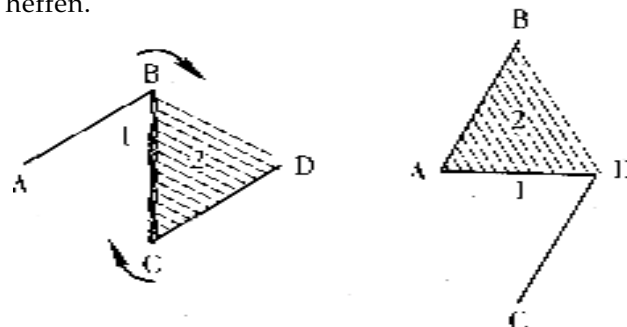
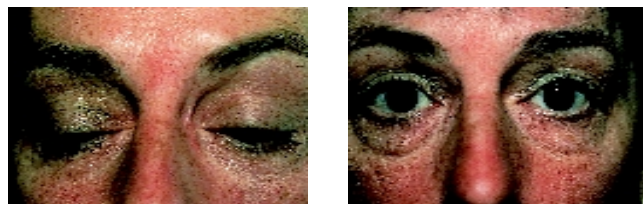


Fig. 2a-b  
Litteken in de nasofrontaalhoek dat vrijwel parallel loopt met de inspannen huidlijnen. Littekencorrectie door fusiforme excisie in combinatie met open rhinoplastiek voor deviatie en asymmetrie van benige-kraakbenige pyramide na eerder trauma.

vorming met name in concaviteiten te verhelpen (Figuur 4a-b). Een combinatie van twee of meer Z-plastieken kan bij een langer litteken dezelfde bovengenoemde effecten geven en een niveauverschil opheffen.

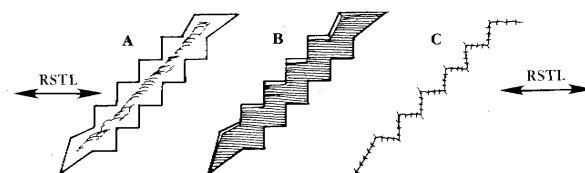


Figuur 3 Klassieke Z-plastiek met incisies onder een hoek van  $60^\circ$  ten opzichte van het litteken en transpositie van driehoekvormige huidlappen. Belangrijkste effecten: veranderen van richting van het litteken (in OHL) en verlenging.



Figuur 4a-b. Enkele Z-plastiek door middel van excisie van het litteken, extra incisies in de richting van OHL en transpositie ter onderbreking van het litteken en verlenging van de litteken band in de rechter mediane ooghoek.

De *W-plastiek* is een techniek waarbij multipiele driehoekvormige huidlappen in elkaar worden geschoven na excisie van het litteken tezamen met een deel van de omgevende normale huid (Figuur 5). Hiermee wordt van een onderbroken litteken een regelmatig lineair litteken gemaakt, dat door interpositie van normale huid minder zal opvallen. Bovendien zal een deel van de incisies geheel of ten dele in de richting van de OHL lopen, hetgeen de genezing zal bevorderen. Deze techniek zal worden gebruikt als het litteken meer dan  $35^\circ$  van de OHL afwijkt. Opgemerkt

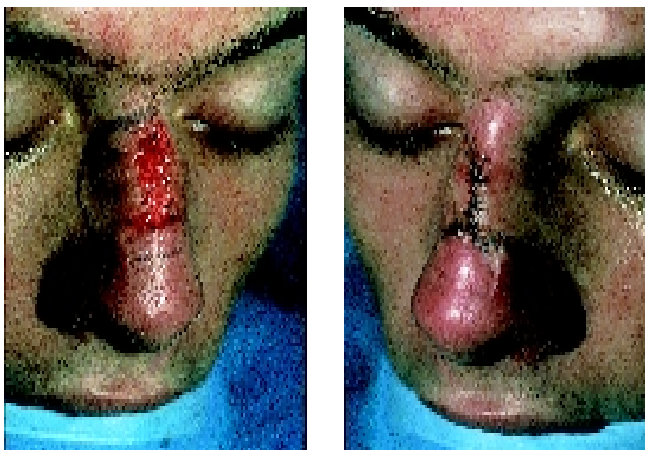


Figuur 5  
W-plastiek van litteken dat een hoek van  $45^\circ$  maakt met ontspannen huidlijnen. Schematisch weergegeven (RSTL: relaxed skin tension lines).

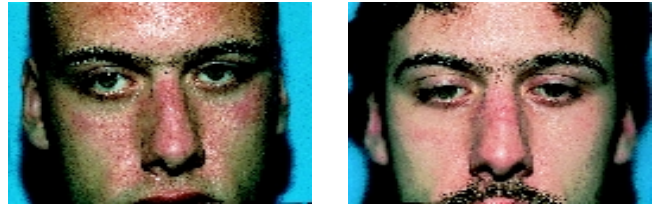
dient te worden dat de hoek van de W-vormige extra incisies ten opzichte van de OHL afhangt van de hoek van het litteken ten opzichte van de OHL. In tegenstelling tot de Z-plastiek heeft de W-plastiek geen verlengend effect. Bovendien is het nodig om normale huid te excideren en is voldoende mobiliteit in het omgevende weefsel een voorwaarde om opschuiven en sluiting mogelijk te maken. Deze techniek is bij voorbeeld geschikt voor langere littekens op de neusbrug, die een relatief grote hoek maken ten opzichte van de OHL (Figuur 6 a-f). Vanwege het toch enigszins voorspelbare W-patroon kan in plaats van een W-vormige excisie een incisie worden gebruikt die volgens onregelmatig geometrisch patroon verloopt. Het principe van deze relatief gecompliceerde techniek is dezelfde als de W-plastiek met een nog betere camouflage van het litteken.

*Abrasie* (afschaven van de opperhuid) heeft een beperkt indicatiegebied en kan worden toegepast bij kleinere, relatief smalle littekens die iets boven het niveau van de omgeving uitsteken. Het beoogde effect is een gladdere contour. Abrasie kan worden verricht met een diamantboor, door afschaven met mesje 15, of met een gebogen Gilette mesje, of door verdamping met de CO<sub>2</sub> laser of een combinatie van bovengenoemde.

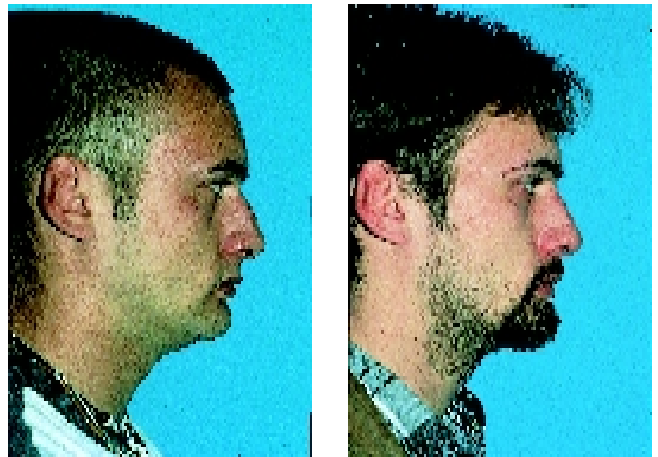
Een aantal additionele behandelingen en maatregelen moet worden vermeld. Na de chirurgische correctie wordt de wond vochtig behandeld met antibioticazalf en hechtingen die na 4 tot 5 dagen worden verwijderd. Subcutane hechtingen vangen de meeste spanning



*Figuur 6a-b W-plastiek met 60°-incisies voor een lang litteken over de neusrug dat 90° ten opzichte van de ontspannen huidlijnen over de neusrug loopt na eerder trauma. Alleen in de huid van de rechter laterale neuswand bestaat enige bruikbare mobiliteit. Linker laterale neuswand over benige pyramide sterk verlittekend en gefixeerd. Via een W-vormige excisie, rhinoplastiek met verlagen neusdorsum. Het doel van dorsumreductie naast profielverbetering is een vermindering van de spanning op de wondranden.*



*Figuur 6c-d Pre- en 8 maanden postoperatief voor-achterwaarts aanzicht. Lang litteken gecamoufleerd. Patient heeft geen behoefte aan verdere behandeling van het kleine huidvaatje dat dwars over de neus loopt.*



*Figuur 6e-f Pre- en 8 maanden postoperatief lateraal aanzicht.*

op. Toch is gezien de mobiliteit in het gezicht additionele steun in de zin van Steristrips geplakt met mastisol huidlijm zinvol gedurende de eerste weken. Voor corticosteroidinjecties (Kenacort 10) bestaat een indicatie bij op de neus zeldzaam voorkomende hypertrofische littekens en keloïdvorming. Bij te agressief gebruik van corticosteroiden kan huidatrofie optreden.

Niet elk litteken kan chirurgisch worden verbeterd. Camouflage met make-up in samenspraak met schoonheidsspecialisten kan voor patienten een laatste hulpmiddel zijn.

## Conclusie

Het doel van littekencorrectie is verbetering in de zin van camouflage. Praktisch inzicht, bekendheid met boven omschreven chirurgische principes, technisch kunnen en geduld zijn noodzakelijk om tot een voor de patient en chirurg bevredigend resultaat te komen.

## Literatuur

- J.R. Thomas, G.R. Holt: Facial scars. Incision, revision and camouflage. C.V. Mosby Comp. St. Louis, 1989.
- A.F. Borges: Elective incisions and scar revision. Little Brown and Comp. Boston, 1973.
- M.E. Tardy, J. Denny: Surgical alternatives in scar camouflage. Facial Plastic Surgery 1: 3, 1984, pp. 209-225.
- T.A. Cook: Use of local skin flaps for scar camouflage. Facial Plastic Surgery 1: 3, 1984, 226-239.



# Behandeling van de verlamming van Bell

P.P. Devriese

Recent werd door de groep van Yanagihara het genoom van het herpes simplex virus type I met de PCR-techniek (polymerase-kettingreactie) in de endoneurale vloeistof en het spierweefsel (de m. auricularis posterior) aangetoond bij 11 van de 14 patiënten met een verlamming van Bell<sup>1</sup>. Hiermee werd een belangrijke stap gezet bij de opheldering van de etiologie van deze verlamming. Het betreft ca 50% van alle perifere aangezichtsverlammingen. Men kan zich voorstellen dat de virale infectie een ontstekingsreactie veroorzaakt in de zenuw, gepaard gaande met oedeem en compressie van de zenuw in het facialiskanaal<sup>2</sup>. In een van de voorgaande nummers van dit tijdschrift werd een overzicht gepubliceerd van het virologisch onderzoek dat in de laatste decennia in dit verband werd verricht<sup>3</sup>.

Vorig jaar publiceerden Adour et al de resultaten van hun onderzoek naar de behandeling van de verlamming van Bell met aciclovir en prednison (53 patiënten) versus prednison en een placebo (46 patiënten), in een dubbelblind, gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek<sup>4</sup>. Het herstel bij de patiënten behandeld met de combinatie prednison-aciclovir was beter dan in de prednison-placebo groep. De auteurs concludeerden ook uit hun onderzoek dat het herpes simplex virus waarschijnlijk de verlamming veroorzaakt.

Op basis van de huidige kennis verdient de combinatietherapie nu aanbeveling, doch een aanpassing van het voorgestelde schema is m.i. toch gewenst. De groep van Adour behandelde *alle* patiënten met een verlamming van Bell, ongeacht het een lichte uitval of een paralyse betrof, en alleen wanneer de verlamming *niet langer dan drie dagen* bestond. Daartegen kan ingebracht worden dat een verlamming van Bell die slechts een parese is en blijft, zonder behandeling spontaan en totaal zal herstellen, maar ook dat een verlamming na de derde dag niet zelden nog toe-

neemt en de prognose dan beslist slechter is. Tevens verdient het aanbeveling aciclovir te vervangen door het beter geabsorbeerde en meer werkzame valaciclovir<sup>5</sup>.

Tenslotte zal een aantal patiënten niet zo snel worden gezien om met de behandeling in de eerste drie dagen te kunnen beginnen.

## Aanbevolen therapie voor volwassenen

Indicatie: totale of subtotale uitval bij klinisch onderzoek, na uitsluiten van andere oorzaken. Binnen een week, zo vroeg mogelijk.

Contra-indicaties *absoluut*: diabetes mellitus, hypertensie, ulcus, zwangerschap, tuberculose, andere virale infecties dan herpes simplex I, lever- en nierfunctiestoornissen, immuundeficiëntie; *relatief*: bacteriële infectie, ulcus of tuberculose in anamnese, arteriosclerose, tromboseneiging.

Schema:

dag	prednison* 5 mg tabl. ( 's ochtends + 's avonds innemen)	valaciclovir 500 mg tabl.
1	2 dd 6	3 dd 1
2	2 dd 6	3 dd 1
3	2 dd 6	3 dd 1
4	2 dd 6	3 dd 1
5	2 dd 6	3 dd 1
6	2 dd 5	3 dd 1
7	2 dd 4	3 dd 1
8	2 dd 3	3 dd 1
9	2 dd 2	3 dd 1
10	2 dd 1	3 dd 1
totaal aantal tabletten	90	21

\* Bij 80 kg lichaamsgewicht: 5 dagen 2 x 8 tabl., daarna afbouwen met 2 tabl. per dag (12 dagen - 136 tabl.).

Geschat wordt dat ca 35% van de patiënten met een verlamming van Bell in aanmerking komt voor dit schema.

Bescherming van het oog: hypromellose 0,3% oogdruppels, overdag; horlogeglasverbanden Pro-Ophtha S (Lohmann) groot nr. 34229 (evt. klein nr. 34227), voor de nacht.

Controle door de oogarts overwegen.

Academisch Medisch Centrum, afd. KNO-heelkunde  
Facialisonderzoek D2-318  
Meibergdreef 9  
1105 AZ Amsterdam  
Dr. P.P. Devriese,