Voor de praktijk

Behandeling van keloid van de oorlel

F. VEGTER, J.J. HAGE en P.J.M. DE GROOT

INLEIDING

Over hypertrofische littekens en keloid is in dit tijdschrift al eerder bericht, maar de behandeling van keloid van de oorlel met behulp van lokale druk is daarbij nog niet aan de orde gekomen. Voordat wij tot een bespreking hiervan overgaan, willen wij de verschillen tussen littekenhypertrofie en -keloid kort aanduiden, daar bij het gebruik van deze termen verwarring bestaat.

Bij een hypertrofisch litteken beperkt de afwijking zich tot het oorspronkelijke litteken. Hoewel het hypertrofische weefsel groteske vormen kan aannemen, blijkt bij excisie het oorspronkelijke litteken de basis te zijn. Veelal leidt een hypertrofisch litteken niet tot lokale klachten en het gaat vaak spontaan in regressie. Daarentegen treedt bij een keloid het littekenweefsel op het niveau van de huid buiten het oorspronkelijke litteken. Een keloid kan pijnlijk zijn en gaat in het algemeen niet spontaan in regressie.

Het al dan niet optreden van hypertrofie en keloidvorming bij littekens blijkt van een aantal factoren afhankelijk te zijn. Bij personen met een donkere huid is de kans op het ontstaan van littekenhypertrofie groter dan bij die met een lichte. Bovendien komt littekenhypertrofie vaak voor op de oorlellen, het pre sternale gebied, de deltoidregio en ter plaatse van de schouderbladen.

In het algemeen staan de volgende therapeutische mogelijkheden ter beschikking indien een hypertrofisch litteken of keloid zich heeft ontwikkeld:

- Excisie. Hoewel dit bij een enkele patiënt tot succes leidt, is van het louter excideren van het litteken in het algemeen geen blijvend effect te verwachten. Als onderdeel van een combinatietherapie heeft excisie wel een plaats.

- Corticosteroïden. Het injecteren van hydrocortison, dexamethasone of triamcinolon in het hypertrofische litteken leidt vaak tot een goed resultaat. Atofie van de overliggende huid kan echter het gevolg zijn van deze injecties. Bij grotere hypertrofische littekens zal men voor toediening van deze injecties eerst excisie verrichten van ten minste een deel van het litteken. Postoperatief worden de injecties 3-8 keer herhaald met steeds een interval tot 8 weken.

- Radiotherapie. Radiotherapie ter behandeling van hypertrofische littekens of keloid is niet gebruikelijk, omdat de mogelijke complicaties hiervan op langere termijn doorgaans niet in verhouding staan tot het benigne karakter van de afwijking. In therapieresistente gevallen kan evenwel overwogen worden om lokaal bestraling toe te passen.


- Silicon. Het bestrijden van littekenhypertrofie door applicatie van silicon is herhaaldelijk beschreven. Men is er echter nog niet in geslaagd hiervan het werkingse IChenisme op te helderen. Een onderzoek naar het resultaat van dimeticon-(silicon)crème onder occlusie wekte de suggestie dat het effect hierbij vooral te danken is aan de occlusie en de hydratatieoefening van de huid, en in mindere mate aan de crème zelf.

- Druktreatment. De behandeling van hypertrofische littekens met behulp van lokale druk is al langer bekend. De optimale druk hiervoor bedraagt 20-26 mmHg. Door lokale hypoxie zou het collagenemetabolisme zodanig worden veranderd dat fibroblastendegeneratie optreedt.

OORBELTHERAPIE

De gestegen populariteit van oorgaatjes, in combinatie met de weinig hygiënische omstandigheden waaronder deze soms geplukt worden, leidt tot een toenemend aantal keloiden van de oorlel. Er is gewezen op het ontstaan van keloid van de oorlel in samenhang met infectie, ten gevolge van het doorsteken van de oorlel. Daar bij de oorlel het littekenweefsel meestal ver buiten het oorspronkelijke litteken (het gaatje) treedt en doorgaans geen spontane regressie optreedt, wordt in dit artikel verder gesproken over keloid van de oorlel.

Bij de behandeling van keloid van de oorlel kan lokale druk worden toegepast, met redelijk tot goed resultaat. Hiervoor zijn al diverse clips ontwikkeld. Afhankelijk van de grootte van het keloid dienen deze dag en nacht of alleen overdag gedragen te worden. Over het algemeen wordt aangeraden de clip ten minste 6 maanden te gebruiken omdat de kans op een recidief groot is wanneer men te vroeg stopt. Vanwege de kleine afmeting van de betreffende clips is het niet mogelijk de druk er tussen betrouwbaar te meten.

Ook in combinatietherapiën heeft de clip zijn plaats. Zo verdient het aanbeveling om grote keloiden te excideren alvorens lokale druk toe te passen. Daar de reconstructie gecompliceerd kan zijn, dient deze door een specialist te worden uitgevoerd. Tevens zijn er goede resultaten bereikt met excisie van grote keloiden waarbij
peroperatief corticosteroïden worden geinjecteerd en postoperatief een clip wordt aangebracht. De clip zou dan eveneens tot 6 maanden gedragen dienen te worden. Ten slotte is gemeld dat onder de clip een met steroiden geimpregneerd tape kan worden aangebracht.

Wij geven in het navolgende een korte beschrijving van onze ervaringen in de periode februari 1980-augustus 1994, waarbij het doorgaans ging om personen met een donkere huid, met een eerste of tweede recidief van oorlekkeloïd. De afwijkingen werden behandeld met lokale druk. De gemiddelde leeftijd tijdens behandeling bedroeg 17,5 (14-24) jaar. De gemiddelde follow-up-duur was 1,5 jaar (2 maanden-14 jaar).

In eerste instantie gebruikten wij een aluminiumplaatje dat rond de oorlel werd gebogen. Nadeel hiervan is dat de druk in dit geval niet gereguleerd kan worden. Bovendien is het plaatje onhandig in het gebruik en is het veal niet mogelijk om het gaatje in de oorlel te behouden. Daarom ontwikkelden wij een 'oorbel', bestaande uit twee metalen schijfjes verbonden door een zeer dun schroefje (figuur 1). Dit schroefje houdt het gaatje open en door de afstand tussen de schijfjes te variëren, kan de druk hiertussen nauwkeuriger gereguleerd worden. Ten slotte gebruikten wij clipoorbellen die in warenhuizen verkrijgbaar zijn. Voordelen hiervan zijn dat de patiënt een oorbel naar eigen smaak kan aanschaffen, dat zo'n clip ook een decoratieve functie heeft en dat het oppervlak van de achterkant van de clip naar behoeve door de therapeut vergroot kan worden (figuur 2). Een nadeel ervan is dat goedkope oorclips vaak nikkels bevatten, waarvoor patiënten allergisch kunnen zijn of worden.

Wij hebben soms per patiënt verschillende lokale-drukmethoden toegepast. Reden hiervoor is dat niet elke methode geschikt is voor elke patiënt, waardoor men soms door 'trial and error' moet uitvinden welke methode het beste past bij de individuele patiënt. Na de genoemde follow-up-periode had geen van onze patiënten zichtbare recidieven.

FIGUUR 1. Oorsteker, bestaande uit twee schijfjes, verbonden door een schroefje, waardoor de druk ertussen nauwkeurig in te stellen is (a); de oorsteker in situ (b); de oorsteker, nu met vergrootje van het drukoppervlak met behulp van een dun plaatje Orfit, een thermoplastisch materiaal waarmee de druk van de oorclip gelijkmatig verdeeld kan worden (c).

FIGUUR 2. Een in een warenhuis aangeschafte clipoorbel, waarbij het oppervlak van de achterkant vergroot is met behulp van een dun plaatje Orfit (a); een andere in een warenhuis aangeschafte clipoorbel, waarvan voor- en achterkant vergroot zijn met een dun plaatje Orfit (b).

BESCHOUWING

Bij het beoordelen van de literatuur over keloid van de oorlel vormt niet alleen de terminologie een probleem, maar ook het ontbreken van uniforme maatstaven voor de beschrijving van de therapiereultaten. Zo houdt de ene onderzoeker het zichtbare resultaat als graadmeter aan, terwijl een ander het resultaat onvoldoende vindt wanneer er nog afwijkingen te palperen zijn. Het blijkt dat dergelijke niet-zichtbare afwijkingen vaak blijven bestaan. Daarnaast is de follow-up-duur, zóó die al genoemd wordt, doorgaans erg kort, waardoor het optreden van late recidieven niet te beoordelen is.

De oorzaak van het Ontstaan van hypertrofische littekens en keloid is nog niet opgehelderd. In een recent onderzoek werd echter met behulp van laser-Doppleronderzoek gezien dat vlak na het trauma een statistisch significant verhoogde bloedstroom optrad in littekens die later hypertrofisch werden. Het succes van vroeg lokale-drukbehandeling kan hiermee in verband staan omdat een verhoogde bloedstroom daardoor wordt belemmerd.

Dat er door ons bij een aantal patiënten met verschillende clips is gewerkt, geeft aan dat niet van 'de' cliptherapie gesproken kan worden. Bovendien is een cliptherapie niet voor alle littekens van de oorlel geïndiceerd. Een clipoorbel is alleen een goede keus indien het keloid niet te groot is. De patiënt dient goed gemotiveerd te zijn en het belang van het dragen te onderkennen.

Onder die voorwaarde is het goed mogelijk om de behandeling in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Dit wordt niet alleen positief gewaardeerd door de patiënten, maar is ook kostenbesparend. Hierbij kan men kiezen voor het gebruik van een oorbel die de patiënt zelf in een warenhuis kan aanschaffen. Deze therapie is patiëntvriendelijk en wordt goed verdragen. Dientengevolge is er doorgaans een goede therapietrouw.
Oorspronkelijke stukken

Gezondheidsklachten en voedselallergie bij kinderen met het syndroom van Down


Kinderen met het syndroom van Down hebben een grote kans op aandoeningen in het KNO-gebied (50-70%),
hartafwijkingen (40-50%),
defecten in het immunologische apparaat (20-50%),
 en aangeboren afwijkingen van het maag-darmkanaal (%).
Ook recidiverende klachten van hogere en lagere luchtwegen komen bij kinderen met het syndroom van Down vaker voor dan bij andere kinderen.

Een groot deel van deze afwijkingen wordt als inherent aan het syndroom beschouwd.

Radicverende luchtwegklachten, maag-darmstoomnissen, huidproblemen en ‘failure to thrive’ (achterblijvende groei en ontwikkeling) bij jonge kinderen kunnen tevens een manifestatie zijn van allergie voor voedingsmiddelen.

De meest voorkomende voedselallergie op de kinderleeftijd is allergie voor koemelkewiit. Epidemiologisch onderzoek onder Nederlandse zuigelingen laat een frequentie zien van voedselallergie van 1,7-2,8%,
Van de Nederlandse ouders beschouwt 12% voedselallergie als de oorzaak van klachten bij hun kleuter.

Bij de Stichting Down’s Syndroom bestaat het vermoeden dat voedselallergie een veel voorkomende oorzaak is van gezondheidsklachten bij de kinderen met deze afwijking. De ouders zouden hiervoor echter wel...