



DERMATOCHIRURGIE

Hoe een stuk oor een neus weer heel maakt

Neusvleugelreconstructie met een samengesteld transplantaat

S. Mylle¹, B. Craggs², I. Blockeel³, L. Vanquickenborne³, M. Rottiers⁴

¹ Studente geneeskunde 3e master, Universiteit Gent

² Plastisch chirurg, afdeling Plastische Chirurgie, Sint-Vincentius ziekenhuis, Deinze

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, zelfstandig, Deinze

⁴ Anatomopatholoog, afdeling Anatomopathologie, Sint-Vincentius ziekenhuis, Deinze

Correspondentieadres:

Sofie Mylle

E-mail: sofie.mylle@ugent.be

De reconstructie van de drie lagen (huid, fibrofatty tissue en mucosa) van een neusvleugel is een uitdaging voor de dermatochirurg. Behoud van de

3D-structuur met zo min mogelijk donorsitemorbiditeit is niet altijd eenvoudig. Een composite helical graft (samengesteld oortransplantaat) biedt een relatief eenvoudige oplossing.

CASUS

Excisie van een basaalcelcarcinoom (macroscopisch 1 cm²) met vriescoupe bij een 83-jarige vrouw leidde tot een aanzienlijk weefsel- en contourdefect van haar linkerneusvleugel (figuur 1,2).

Een composite helical graft werd gebruikt om het defect te sluiten vanwege de mogelijkheid de neusvleugel 3D te reconstrueren op een 'eenvoudige' manier en zonder verstoring van de nasolabiale plooi, hetgeen soms het geval is bij het gebruik



Figuur 1. Basaalcelcarcinoom op de neusvleugel.



Figuur 2. Status na excisie.



Figuur 3 en 4. Transplantaat direct na inhechten.

van een wangflap. Het defect werd eerst met een sjabloon afgetekend op het contralaterale oor nabij de aanhechting van de helix aan de scalp. Het driehoekvormig transplantaat werd geoogst en de donorsite werd als wigexcisie gesloten. Het transplantaat was een zogenoemd samengesteld transplantaat: het bestond uit twee lagen huid met hier-tussen kraakbeen. Het kraakbeen werd voorzichtig behandeld om luxeren vanuit de 'huid-sandwich' te voorkomen. Hoewel de middelste laag van de

neusvleugel zelf voornamelijk uit fibrofatty tissue bestaat, gaf het gebruik van kraakbeen een zekere stevigheid aan het transplantaat die het inzakken ervan bij inspiratie vermijdt. Bij plaatsing van het transplantaat werd eerst de mucosale zijde gehecht, daarna de externe huidzijde. We probeerden hierbij een zo groot mogelijk contactoppervlakte te creëren tussen recipiënt en het transplantaat om ingroei van nieuwe bloedvaatjes te bevorderen (figuur 3,4). Postoperatief werd een licht compressief vetverband aangebracht en werd patiënte aangeraden de neus warm te houden en niet te roken.

Het transplantaat was eerst spierwit, om in 12-24 uur na de operatie blauw te verkleuren (figuur 5).¹ Dit was -in tegenstelling tot gesteelde of vrije flap-pen- een goed teken aangezien dit wijst op ingroei van nieuwe vaten. Na 3-7 dagen nam het transplan-taat de definitieve roze kleur aan (figuur 6) met fraai aspect ook later postoperatief (figuur 7).

DISCUSSIE

Voor reconstructie van de neusvleugel is de anteri-eure helix, vlakbij de aanhechting van het oor aan de scalp, een betere donorsite dan de oorspronkelijke techniek waarbij het corpus van het oor gebruikt werd: de donorsite geneest beter en de curvatuur is meer geschikt.^{2,3} De helix van het oor is uitermate geschikt om de oorspronkelijke kleur en anatomie van de rand van de neusvleugel zo goed mogelijk na te bootsen.⁴

De ideale diameter van een transplantaat is 1,5 cm. Een maximale diameter van 2 cm wordt aanvaard.¹ Aangezien het transplantaat alleen langs de rand verbinding kan maken met doorbloed weefsel, is die diameter van groot belang voor het vermijden van necrose.



Figuur 5. Blauwe kleur minder dan 24 uur na operatie.



Figuur 6. Een week postoperatief.



Figuur 7. Een maand postoperatief.

Bij grotere defecten van de ala nasi worden voornamelijk kraakbeentransplantaten gecombineerd met onder andere nasolabiale flappen, voorhoofdflappen of septale mucoperichondriale flappen.⁵⁻¹⁰

Bij deze oudere patiënte werd voor een procedure gekozen waarbij het defect in één fase opgevuld kon worden met een korte operatieduur.² Andere voordelen zijn: goede kleur- en contourmatching, vermijden van extra littekens en minder kans op nasale obstructie.¹¹

Bij de beschreven procedure bestaat bij rokers en diabetici een verminderde kans op vaatingroei en neovascularisatie. In zeldzame gevallen kan chondritis of infectie optreden in de donorregio.

CONCLUSIE

De reconstructie van de neusvleugel bij een full-thickness defect blijft een grote uitdaging voor de dermatochirurg. De reconstructie van een defect, kleiner dan 2 cm diameter, werd hier weergegeven met een composite helical graft met fraai esthetisch resultaat zonder grote donorsitemorbiditeit.

LITERATUUR

1. McLaughlin CR. Composite ear grafts and their blood supply. *Br J Plast Surg* 1954;7:274-8.
2. Brown, et al. Composite free grafts of two surfaces of skin and cartilage from the ear. *Ann Surg* 1946;124:1101-7.
3. Argamaso. The ideal donor site for the composite auricular graft. *Br J Plast Surg* 1975;28:219-21.
4. Ozek, et al. Reconstruction of the distal third of the nose with a composite ear-helix free flap. *Ann Plast Surg* 2007;58:74-7.
5. Humphreys et al. Repair of defects of the nasal ala. *Dermatol Surg* 1997;23:335-49.
6. McLaren LR. Nasolabial flap repair for alar margin defects. *Br J Plast Surg* 1963;16:234-8.
7. Drisco B, Shan R. Reconstruction of nasal alar defects. *Arch Facial Plast Surg* 2001;3:91-9.
8. Seluk, et al. Reconstruction of full-thickness nasal alar defects using cartilage-supported nonfolded nasolabial flaps. *J Craniofacial Surg* 2012;23:1624-6.
9. Han, et al. Reconstruction of alar nasi defects in Asian patients. *Arch Facial Plast Surg* 2012;14:312-7.
10. Qian, et al. Repair of full-thickness alar defects. *Dermatol Surg* 2012;38:1639-44.
11. Klinger, et al. Reconstruction of a full-thickness alar wound using an auricular composite graft. *Can J Plast Surg* 2010;18:149-51.