

# Transplantatie van autologe huidbiopten: Een doeltreffende klinische behandeling van Ulcus cruris

F.C. Jansen,  
W. Westerhof  
en R.H. Cormane

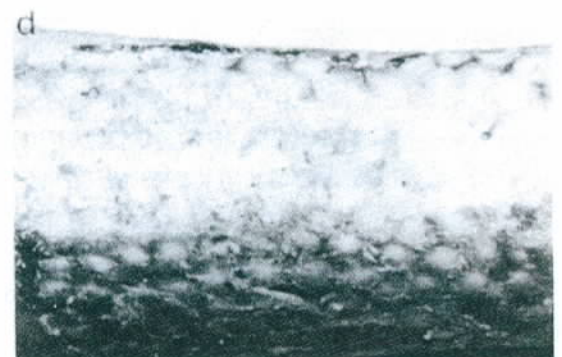
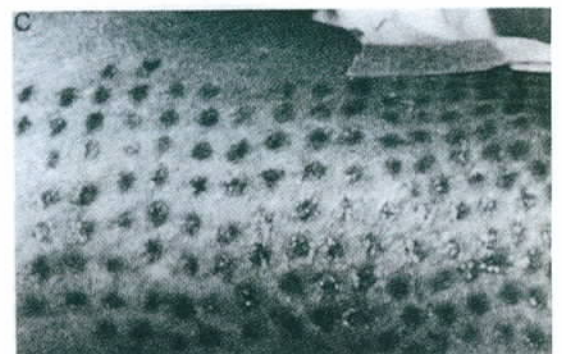
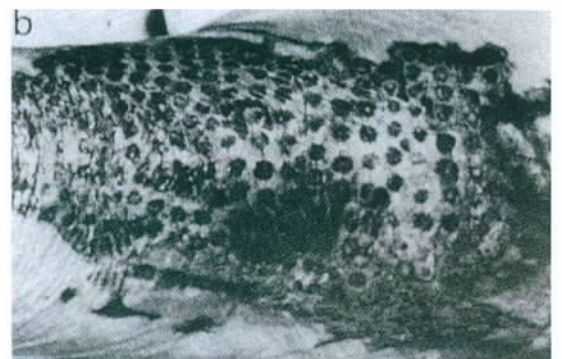
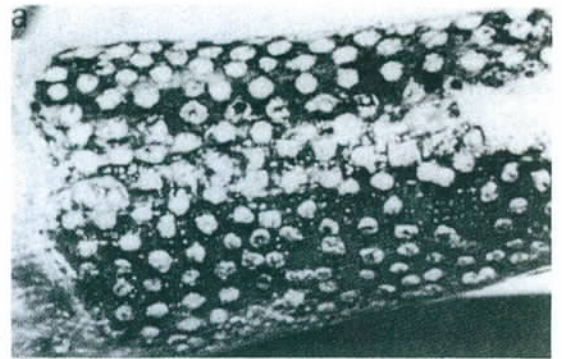
**Pretransplantatiebehandelingen.** De wondbehandeling bestaat in eerste instantie uit het wondtoilet, waarbij door excisie of curettage, eventueel onder plaatselijke verdoving, al het necrotische weefsel wordt verwijderd. Ook de vaak voorkomende keratose aan de wondranden moet worden weggenomen. Daarna worden driemaal daags vochtige gazen op de wond aangebracht, die iedere twee dagen van samenstelling veranderen. Begonnen wordt met in fysiologisch zoutoplossing gedrenkte gazen, vervolgens uitgeknepen gazen met 1 à 2% azijnzuur en tenslotte gazen met betadinejodium (Dagra). Wanneer de wond na deze 6 dagen niet 'schoon' is wordt de behandelingscyclus herhaald. Een wondinfectie met *Streptococcus pyogenes* groep A of  $\beta$ -hemolytische streptokok groep G wordt op geleide van het resistentiepatroon behandeld met orale antibiotica.

**Transplantatie.** De biopten voor transplantatie worden verkregen uit een bovenbeen, waar onder plaatselijke verdoving stukjes weefsel met epidermis, doch zonder subcutis worden afgenomen met behulp van een biopteur (Stiefel). Deze biopten met een diameter van 5 mm worden op eveneens 5 mm van elkaar op het granulatieweefsel van de wondbodem gelegd en gefixeerd door middel van in paraffine gedrenkte gazen (Unitule) (figuur 1a). Het been wordt verbonden met steriele glazen, watten en een zwachtel. De donorplaats wordt afgedekt met een adhesief semi-permeabel membraan (Op-Site) (figuur 1b). Na ongeveer 8 dagen zijn deze donorplaatsen genezen en kan het membraan worden verwijderd (figuur 1c). Wondinspectie van het ulcus vindt plaats na 4 dagen, doorgaans kan dan al de epitheliale uitgroei vanuit de biopten worden gezien. Na 2 tot 3 weken is het ulcus genezen (figuur 1d). De nabehandeling bestaat uit een niet-elastisch compressieverband. Bij de eerste poliklinische controle worden elastische kousen aangemeten.

## Beschouwing

In onze kliniek geniet de transplantatie van autologe huidbiopten de voorkeur boven de split-skin-transplantatie, om de volgende redenen:

- Een ulcus is een defect van epidermis en dermis. Het is ons inziens rationeler een 'full thickness'-transplantaat te gebruiken. De dermis bepaalt het aspect van de



epidermis. Wanneer een biopt met dermis, afkomstig van normale huid, wordt getransplanteerd in een sclerotisch gebied zal de epidermis van dat biopt zijn oorspronkelijke integriteit behouden. Uit eigen waarneming is ons gebleken dat ulcera van patiënten behandeld met autologe huidbiopten beter bestand zijn tegen traumata en frictie dan ulcera behandeld met een split-skin-transplantatie. De kans op recidive van het ulcus is kleiner.

- Doordat zich aan de rand van een split-skin-transplantaat geen basale cellaag bevindt, wordt hier vaak necrose gezien. Een transplantaat van autologe huidbiopten wordt zelden necrotisch.
- De tijdsduur tussen de dag van opname en de dag van transplantatie kan over het algemeen korter zijn bij de transplantatie van autologe huidbiopten. Er worden minder hoge eisen gesteld aan de wondbodem en deze is dan ook sneller geschikt voor een dergelijke behandeling.
- Transplantatie van autologe huidbiopten is eenvoudig en kan aan het bed van de patiënt zonder extra personeel worden uitgevoerd.
- Transplantatie van autologe huidbiopten is nagenoeg pijnloos; er is geen napijn in het donorgebied, zoals vaak voorkomt bij split-skin-transplantatie, terwijl de donorplaats zelf na enkele maanden vrijwel zonder littekens is genezen.

Bij de transplantatie worden opmerkelijke verschijnselen waargenomen. Wanneer pijnlijke ulcera worden belegd met biopten verdwijnt de pijn na enkele minuten. Voorts wordt een enkele maal een zogenaamde 'white graft rejection' aangetroffen, een biopt dat vitaal leek te zijn, wordt eerst wit van kleur en later necrotisch. Ook livide verkleuring van biopten, die in eerste instantie doet denken aan een beginnende necrose, komt voor. Later blijken deze biopten toch nog vitaal te zijn. Misschien zijn bij deze twee laatste verschijnselen immunologische factoren betrokken. Nader onderzoek hiernaar wordt verricht.

Wij onderzochten de invloed van de therapie op de opnameduur van patiënten die in de periode 1974 tot 1984 waren opgenomen onder de diagnose ulcus cruris. Het blijkt dat de opnameduur zeer sterk kan worden bekort wanneer de transplantatiebehandeling wordt toegepast. In 1974 en 1975 werden ulcera cruris voornamelijk conservatief behandeld, dat wil zeggen zonder autotransplantatie. De gemiddelde genezingsduur bedroeg bij deze patiënten 10,1 weken (SD 8,0). Van 1976 tot 1980 werden de meeste ulcera met

transplantatie behandeld, hetzij split-skin-transplantatie, hetzij transplantatie van autologe huidbiopten. Als voorbereiding werden de ulcera behandeld met 0,5% zilvernitraat in een mengsel van 40% carbowax 4000 en 60% carbowax 400. De gemiddelde genezingsduur daalde naar 75, weken (SD 4,6).

Vanaf 1980 werd de standaard-pre-transplantatiebehandeling doorgevoerd, die in dit artikel is beschreven. In 1980 en 1981 werd daaraan ook een behandeling met nitrofurazone (Furacine)-gazen toegevoegd. De totale voorbereidingstijd tot de transplantatie bedroeg in de periode 1980-1981 drie weken en in de periode 1982-1983 twee weken. De gemiddelde genezingsduur daalde verder van 5,8 weken (SD 3,6) in 1980-1981 naar 4,3 weken (SD 2,6) in 1982-1983 (figuur 2).

Concluderend kan worden gesteld dat de door ons toegepaste ulcus cruris-behandeling, bestaande uit wondtoilet, gestandaardiseerde pretransplantatiebehandeling gevolgd door transplantatie van autologe huidbiopten, de genezingsduur aanzienlijk heeft doen dalen tot gemiddeld 4,3 weken, onafhankelijk van de grootte van het ulcus.

Met dank aan Sigvaris, Medical Stockings. Overgenomen uit Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1986; 130 nr. 27.