

Verwijdering atheroomcyste met een stansbiopteur

Bas van Dijk, Kees in 't Veld

Een atheroomcyste of epidermoïdcyste is een zwelling als gevolg van een verstopte afvoergang van een talgklier. De afmeting varieert van enkele millimeters tot enkele centimeters. Ze zijn onschuldig van aard, maar regelmatig ontstaat een secundaire infectie met abscesvorming. Kleine atheroomcysten lenen zich voor verwijdering met een stansbiopteur.

Atheroomcysten komen vooral bij volwassenen frequent voor en kunnen zich bijna overal op het lichaam voordoen, met als voorkeursplaatsen het behaarde hoofd, (achter) de oorlel, in het gezicht, op de thorax en op het scrotum. Alleen in de handpalmen en op de voetzolen komen geen atheromen voor; hier bevinden zich geen talgklieren.

Atheroomcysten zijn onschuldig van aard en meestal is er geen directe medische indicatie voor behandeling. Bij natuurlijk beloop ontstaat er wel met regelmaat een secundaire infectie met abscesvorming. De inhoud van de cyste is wit, meestal brijig, soms wat dunner van consistentie en ruikt karakteristiek.¹

In een huisartsenpraktijk van gemiddelde omvang en samenstelling worden jaarlijks bij benadering 20-30 atheroomcysten behandeld; kleine atheroomcysten, met een diameter tot 8mm, lenen zich voor verwijdering met behulp van een stansbiopteur.² In dit artikel, gebaseerd op het hoofdstuk Atheroomcyste in het Handboek Verrichtingen in de huisartsenpraktijk, gaan we daar dieper op in. Stansbiopteurs hebben een diameter van 3, 4, 6 of 8 mm en worden normaliter gebruikt voor het verkrijgen van weefsel voor histologisch onderzoek.³

INDICATIES EN CONTRA-INDICATIES

Naast het ontsierende karakter is het ontstekingsrisico de belangrijkste reden om de cyste chirurgisch te verwijderen. Pijn, zwelling en roodheid van de huid zijn de kenmerkende symptomen van een ontstoken atheroom. De behandeling bestaat dan uit incisie en drainage van de inhoud van de cyste. In een later stadium volgt de definitieve excisie van de (resten van) de atheroomcyste. Verwijdering vindt dus bij voorkeur plaats op een moment dat er geen ontsteking is. Er bestaat bij mensen die daarvoor aanleg hebben een risico op de vorming van keloïd. Onderscheid met de traumatische

epitheelcyste – ontstaan door uitgroei van een fragment epidermis onder de dermis na een verwonding – en de miliumcyste (kleine, geelwitte cyste die in de huid is gelegen, bevindt zich veelal op oogleden, scrotum, labia majora en periaanaal), is van belang voor de behandeling.

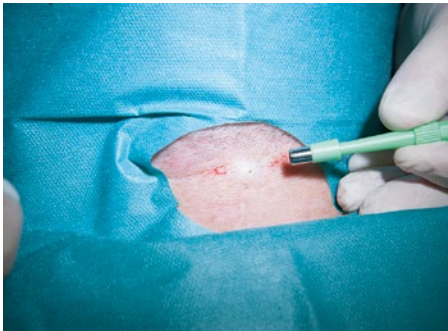
Een congenitale dermoïdcyste kan bedrieglijk veel op een atheroomcyste lijken, maar deze cystes liggen altijd in de mediaanlijn (embryonale fusielijn) en worden vooral ontdekt op kinderleeftijd. Atheroomcysten komen op kinderleeftijd echter zelden voor. Heel zeldzaam is het talgklier-carcinoom.

STAPSGEWIJZE BESCHRIJVING VAN VERWIJDERING MET EEN BIOPTEUR

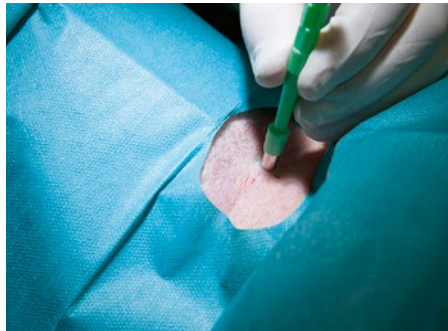
Zoals hierboven aangegeven, kan een kleine atheroomcyste behalve op de klassieke manier ook verwijderd worden door met een stansbiopteur een ponsgaatje in de huid te maken en de cyste via dat ponsgaatje te verwijderen.

- Desinfecteer de huid, verdoof de huid en de onderliggende weefsels en dek af met steriel materiaal. Het is van belang om niet in de atheroomcyste te spuiten. De verdooving treedt snel in (binnen enkele minuten).
- Kies een biopteur met een diameter die bij voorkeur iets groter is dan de atheroomcyste, zodat de wand van de atheroomcyste bij het maken van de stans niet wordt beschadigd [figuur 1].
- Maak een ponsgaatje in de huid en verwijder de atheroomcyste [figuur 2]. Vermijd het risico per abuis de cystewand te beschadigen.
- Door met het chirurgisch pincet de huid na het maken van de stans wat op te trekken, wordt de wand van de cyste zichtbaar [figuur 3].
- Prepareer zonodig met de prepareerschaar de wand van de atheroomcyste vrij en verwijder de cyste [figuur 4, 5].
- Sluit het ponsgaatje met een enkele losse hechting of een hechtstrip [figuur 6, 7].
- Dek de wond af met een pleister of een steriel gaas.
- Snijd de cyste door als een bevestiging van de diagnose. Als de inhoud niet uit talg blijkt te bestaan, is pathologisch-anatomisch onderzoek aangewezen.

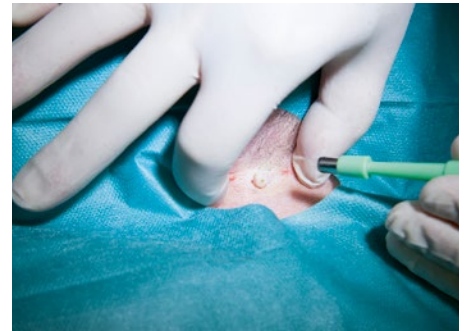
Figuur 1



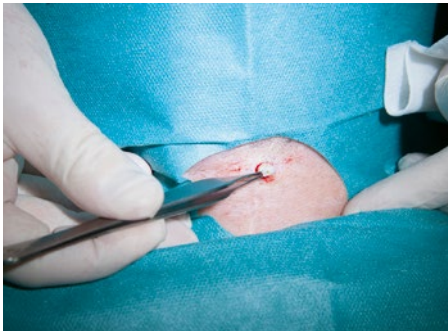
Figuur 2



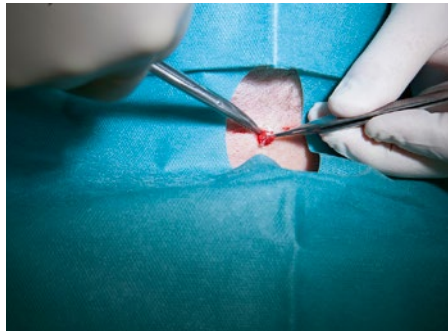
Figuur 3



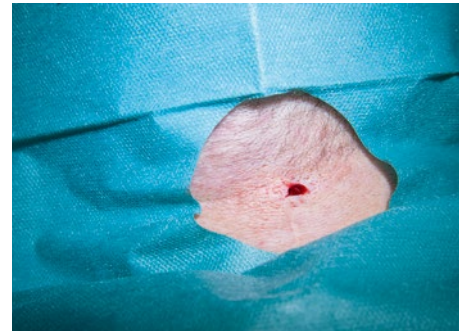
Figuur 4



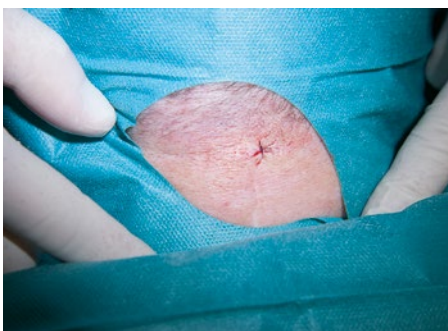
Figuur 5



Figuur 6



Figuur 7



AANDACHTSPUNTEN

Als een kleine atheroomcyste licht ontstoken is met weinig ontstekingsreactie van het omringende weefsel, kan deze soms toch beter in één keer worden behandeld door middel van een blokexcisie van het hele gebied, gevolgd door primaire sluiting.



Lees ook: 'Atheroomcysten sneller verwijderen' van Aileen Keerveld en Michiel Bos [Huisarts Wet 2019;62: DOI:10.1007/s-12445-019-0214-8] en 'Excisie? Stuur biopt altijd op' van Peter Arnold et al. [Huisarts Wet 2019;62: DOI:10.1007/s-121445-019-0223-7].

Het verwijderen van de cystewand in zijn geheel is nodig om een recidief te voorkomen.

Het verwijderen van atheroomcysten uit de oorlel kan door de rijke doorbloeding lastig zijn.

NAZORG

Geef instructie om het wondje één of twee dagen droog te houden.

Verwijder zonodig de hechting na vijf tot zeven dagen afhankelijk van de lokalisatie van de cyste. Bij symptomen die kunnen wijzen op een wondinfectie (pijn, zwelling, roodheid, pusvorming) is eerder revisie gewenst. ■

LITERATUUR

1. Al-Tayyar R. Atheroomcyste. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W (red). Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Amsterdam: Reed Business Media, 2013: p. 55-8.
2. Van Dijk SRO, In 't Veld CJ. In: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer W (red). Verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum Uitgevers, 2018: p. 277-84.
3. Buis P. In: In 't Veld CJ, Goudswaard AN (red). Diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum Uitgevers, 2018: p. 363-5.

Van Dijk SRO, In 't Veld CJ. Verwijdering atheroomcyste met een standbiopteur. Huisarts Wet 2019;62: DOI:10.1007/s-12445-019-0225-5. Dit is een bewerkte versie van het hoofdstuk 'Atheroomcyste' in: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM (red). Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum, 2018: p. 277-84. Publicatie gebeurt met toestemming.