

*Kanker van het antrum Highmori*  
door J. J. Okker, Ned. Tijdschrift v.  
Geneesk. no. 31/32.

In een vergadering van het Genootschap ter Bevordering van Natuur-, Genees- en Heelkunde te Amsterdam heeft J. J. Okker een verhandeling gehouden over de prognose van kanker van de bijholten van den neus. Aan de voordracht, opgenomen in het Tijdschrift voor Geneeskunde 29 Juli/5 Aug., ontleenen wij het volgende.

De prognose van carcinomen van de bijholten van den neus geldt voor velen ook tegenwoordig nog als weinig gunstig. De gezwellen zijn vaak groot en ver in de omgeving geïnfilteerd, alvorens ze dusdanige verschijnselen geven, dat ze den patiënt nopen medische hulp in te roepen. Doordat de zieke meer secretie of secretie van anderen aard uit den neus niet opmerkt, gaat kostbare tijd verloren.

Over het ontstaan dezer gezwellen is nog niets met zekerheid bekend. Verschillende auteurs hechten veel waarde aan chronische ontsteking; voortdurende prikkeling van het epitheel zou aanleiding geven tot maligne ontanding. Naast andere oorzaken heeft men ook wel gewezen op de „*débris épithéiaux parodontaires*” als oorsprong dezer gezwellen, al bestaat hieromtrent geen zekerheid.

De plaats, waar de gezwellen voorkomen, varieert. De meeste zijn gezeteld in het antrum Highmori, daarna volgen neus-, ethonoid- en voorhoofdsholten. Volgens gegevens uit de litteratuur komen 75% der gezwellen in de bovenkaaksholte voor. Vaak is het niet goed mogelijk den primair zitel van het gezwel aan te wijzen, omdat dit door zijn expansieven groei zooveel verwoestingen heeft aangericht. Metastases vormen deze tumoren over het algemeen weinig; dit is misschien een gevolg van de omstandigheid, dat de plaats van ontwikkeling een volkomen rustig gebied is, waar de primaire tumor aan weinig mechanische prikkels blootstaat. Dit in tegenstelling met b.v. longgezwellen, die aan voortdurende beweging blootstaan en dan ook veel en vroegtijdig metastases vormen.

Van oudsher heeft men getracht deze gezwellen, die vooral in hun latere stadia zoo duidelijk te zien zijn, te behandelen. Aanvankelijk met weinig succes. Later met de intratracheale narcose en vooral met de locale anaesthesie is dit beter

geworden. Dank zij het toepassen van diathermie bij de operatie is er veel verbetering gekomen, die vooral van Engelsch-Amerikaansche en Zweedsche zijde is aanbevolen. Holmgren en zijn leerling Öhngren leggen het gezwel bloot en plaatsen daarop een pool, een andere pool wordt in den tumor gebracht. Op deze wijze wordt door de hitte van den electricischen stroom al het gezwelweefsel doodgekookt. Dit doode weefsel wordt daarna verwijderd en het defect, voor zoover mogelijk, gesloten. Bij dezen ingreep is het nogal eens noodig de arteria carotis externa te onderbinden. In den regel bestraalt Holmgren na de operatie met radium. Ook worden deze tumoren wel uitsluitend met Röntgenstralen of met radium behandeld. Spr.'s ervaring is, dat men meer succes heeft met de operatieve, diathermische methode.

De operatieve methode in het Antoni van Leeuwenhoek-huis is uniform en bestaat in het leggen van een incisie langs den neus, aan de onderzijde omhoog buigend naar de mediaanlijn, dwars door de bovenlip. De wang wordt naar lateraal afgeprepareerd, waarna de tumor veelal zichtbaar wordt. Deze wordt thermisch gecoaguleerd en het doode gezwelweefsel uitgelept. Een grens aan de operatie stellen de hersenvliezen, terwijl ook uitbreiding naar de fossa pterygoidea radicaliteit veelal onmogelijk maakt. Onderbinding van de art. carotis externa is slechts uiterst zelden noodig. De operatie kan vrijwel altijd met behulp van plaatselijke gevoelloosheid worden verricht; dit biedt groote voordeelen: pneumonie en andere verwickelingen worden daardoor voorkomen.

Na de operatie wordt de holte getamponneerd. 10 dagen later wordt deze tampon verwijderd; er volgt nabestraling met radium. Dit wordt in een cassette of in een cylinder op de plaats gebracht, waar de tumor gezeteld is geweest. Hiermee is de behandeling als zoodanig beëindigd. De holte moet dan nog wel gespoeld worden omdat er nog wel eens wat korsten in ontstaan.

Het spreekt vanzelf dat deze ingreep niet volgens een star schema verloopt. Promineert de tumor b.v. in den mond, dan wordt de operatie ook vanuit den mond begonnen. Er ontstaat dan een min of meer belangrijk defect van het palatum; dit kan echter door een prothese bedekt worden; de patiënten ondervinden er geen hinder van.

De indicaties voor de operatieve be-

handeling zijn ruim, alleen als er neurologische afwijkingen bestaan of een sterke uitbreiding naar lateraal achter of naar de fossa pterygoïde, dan wordt van operatie afgezien. Ook snel en expansief groeiende tumoren leveren operatief weinig succes op.

Van 1922—1942 werden in het Antoni van Leeuwenhoek-huis 101 patiënten met carcinoom van de bijholten van den neus behandeld, waarvan 64 operatief werden behandeld en 22 bestraald. Na 3 jaar zijn nog ruim 30% der patiënten in leven. De resultaten van de bestraling zijn ongunstig, geheel infaust is de prognose niet. De prognose van tumoren in den neus is betrekkelijk gunstig. Gunstig is het lot der patiënten, die leden aan een tumor, gezeteld in de bovenkaakholte, met als richting van ontwikkeling het palatum; ontwikkelen de gezwellen zich in de richting van de orbita, naar lateraal of naar neus en ethmoid, dan is de prognose veel ongunstiger. Van de patiënten bij wie de operatie als volledig radicaal was te beschouwen is na 3 jaar nog 65% in leven.

P. BUISMAN

*Bepaling van de molybdeengehalten van tanden en kiezen*, door P. L. Hoogland en G. A. Lampe. N.T.v.G. 88 II, pag. 578 e.v. No. 25/26, 17 en 24 Juni 1944.

Schrijvers beginnen te vermelden een onderzoek van Ter Meulen, waarin deze vond voor het Mo-gehalte van gezonde kiezen 0,55 gamma per gram en voor carieuze elementen 0,03 en 0,06 gamma per gram, waaruit dan de conclusie werd getrokken dat Mo. van invloed zou kunnen zijn op het ontstaan van tandcaries.

De auteurs zelf nu gingen volgens een veel nauwkeuriger methode te werk en vonden voor het Mo-gehalte zoowel van gezonde als carieuze elementen ongeveer 0,05 gamma per gram. Hoewel uit de weergegeven tabel blijkt dat het Mo-gehalte van de gezonde elementen de tendentie heeft iets hooger te zijn dan dat van de carieuze, meenen schrijvers de conclusie te moeten trekken, dat, indien Mo. al van invloed zou zijn op het ontstaan van caries, dit toch niet tot uiting komt in groote verschillen in de Mo-gehalten der tanden.

*Over den stand van het vraagstuk der haemophilie* door E. Hecht. Klinisch Genootschap te Rotterdam. 523ste verg. op 9 Dec. 1943. N. T. v. G. 88 II, pag. 555 e.v. No. 23/24, 3 en 10 Juni 1944.

Dit verslag, hetwelk ook al in zijn algemeenheid kennisneming door elken tandarts gewenscht maakt, o.a. vanwege het onder de therapie genoemde nieuwe bloedstelpende middel: haemostypticum Hecht („H.H.”), waarmede ook blijkens de statistische gegevens betreffende operaties zeer goede resultaten worden bereikt, is ook daarom voor de tandartsen in het bijzonder zeer interessant, omdat het een methodiek behandelt om kiezen zonder bloedingen te verwijderen. Wij citeeren: „In principe wordt bij deze methodiek met behulp van heel smalle rubberingetjes (ventielslangetjes, of voor grootere elementen ringetjes, zooals deze voor regulaties worden gebruikt) druk op de gingiva en het periodontium oefnend, waardoor een atrophie tot stand komt en de kies hoe langer hoe lossier komt te staan, en ten slotte in de meeste gevallen binnen enkele dagen vanzelf uitvalt. Als er geen kroon meer is, moet met behulp van een provisoiren opbouw of stiftandbasis de montage van een dergelijk ringetje mogelijk gemaakt worden. Deze ringetjes worden, indien eenigszins mogelijk, iederen dag iets meer apicaalwaarts verplaatst en de werking door verdere, telkens steviger ringetjes versterkt. Voor het begin van de handeling moet eventueel de kroon worden afgeslepen, teneinde gedurende deze procedure contact met de antagonist (pijn!) te voorkomen. „.....” kon in samenwerking met U. J. van Dijk (Leiden) een methodiek worden ontwikkeld, waarmede reeds een groot aantal kiezen zonder verlies van een enkelen druppel bloed werd verwijderd. Binnenkort zal een gedetailleerde handleiding worden gepubliceerd. In verband met de meestal als ingreep onderschatte kiesextractie is de eisch gerechtvaardigd, nooit op de gewone manier bij een haemophilie-lijder kiezen te trekken, indien de conserveerende tandheelkundige behandeling nog in aanmerking komt, of de onbloedige methodiek kan worden toegepast. Voorwaarde voor deze is echter, dat er aan de kies geen ontstekingsverschijnselen te zien zijn en dat zij geen pijn doet.”

Rest ons nog mede te deelen dat volgens spreker in Nederland in verhouding tot andere landen zeer veel haemophilie voorkomt, (hij kent alleen in Nederland reeds 230 bloeders en neemt volgens een voorzichtige schatting aan, dat er hier op zijn minst 300—400 moeten leven) waaruit dus blijkt, dat wij als tandartsen ook zeer wel eens een dergelijken patiënt in de praktijk kunnen krijgen.