

Grotere cysten van de bovenkaak

door *hr. B. A. M. Elias, mondarts.*

Cysten van de bovenkaak willen ons nogal eens voor bijzondere problemen stellen. De structuur van de bovenkaak biedt immers gelegenheid tot groei in allerlei richting.

Reeds de diagnose kan moeilijk zijn. Heeft men te maken met een kleine, naar het vestibulum oris uitpuilende cyste, dan is palpatie (een beetje drukken is vaak nodig om het perkament-gevoel duidelijk te krijgen!), gecombineerd met het beeld van een hoge tandfilm, voldoende. Is het vormsel niet groter dan een druif en b.v. in de incisief-streek gelegen, welnu, dan zijn ook van de zijde van de behandeling geen moeilijkheden te duchten, zodat we gerust kunnen aannemen dat een Partsch-mondbijholte-operatie afdoend resultaat zal geven.

Maar nu de grotere cysten. Deze kunnen naar het vestibulum oris gaan prominieren, naar het vestibulum nasi, of naar beide, doch ook geheel ongemerkt het antrum binnen groeien. De tweede mogelijkheid: uitpuilen in het vest. nasi, is gemakkelijk vast te stellen. Men ziet het reeds bij uitwendige inspectie: de neusvleugel staat iets af en drukt men de punt van de neus omhoog, dan kan men zelfs zonder keelspiegel de welving van de neusbodem zien. Omhooggroeien in het antrum is het verraderlijkst. Deze patiënten hebben zo weinig — en dan nog zo vage — klachten, dat men ze pas ter observatie krijgt wanneer het gehele antrum door de cyste is ingenomen, want dan eerst komt er spanning, gaat de cyste uitpuilen en komen de klachten. Weliswaar treedt dikwijls op een of ander moment in het leven van de cyste verettering op. De gevolgen zijn verschijnselen van ontsteking, roodheid, spanning, pijn etc. Pusvorming eventueel, waarbij geïncideerd moet worden en derg. Door deze gebeurlijkheden verraadt zich de cyste natuurlijk zonder meer.

Bij groei naar de zijde van het antrum wordt eerst de benige kaakholtewand omhooggedrukt, totdat deze vroeger of later door druk-atrophie verdwijnt en verder alleen het slijmvlies de cyste blijft bedekken. Deze beide lagen: cystewand en slijmvlies van de kaakholtewand, kunnen dus zonder bot-tussenlaag op elkaar komen te liggen, tezamen in den beginne een zeer dunne laag vormend. Ik herinner mij een geval, waarbij een ongeïnfecteerde kaakcyste, welke naar het antrum groeide, zulke moeilijkheden voor de diagnose opleverde, dat ik ten einde raad besloot te punteren en 15 cc. helder geel cholesterinehoudend cystevocht opzoog. Toen ik nu de naald, zonder enige weerstand te voelen, nog iets verder opschoof, bevond de punt zich plots in het antrum. Bij latere opening van de kaakholtewand had ik moeite

om op de bodem in een zeer dun samengevallen vlies, de oorspronkelijke cystezak te herkennen. Maar dit is een uitzondering; meestal vindt men een zeer dikwandige zak, vooral bij dergelijke grote, sedert lange tijd bestaande cysten.

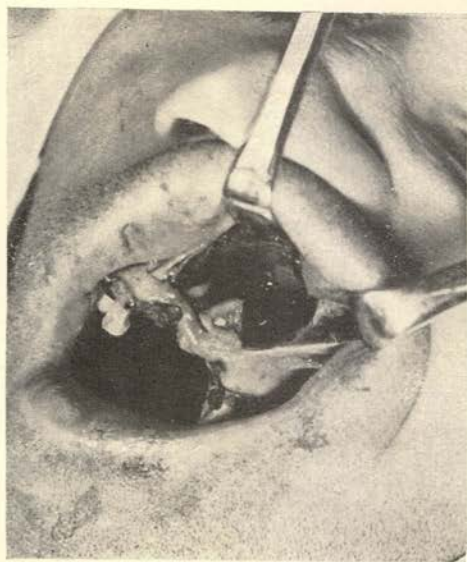
Een inderdaad nuttig hulpmiddel bij een wat moeilijke diagnose biedt de contrastvloeistof. Maar in de praktijk niet altijd zo eenvoudig. Niet dat het afzuigen van het cystevocht en het inbrengen van de lipiodol zo moeilijk is, maar men moet op de promptte medewerking van de Röntgenkamer kunnen rekenen, hetwelk, doordat ander werk voor moet gaan, wel eens op moeilijkheden pleegt te stuiten. Ik heb meerdere malen met succes de juiste positie en grootte van een cyste door middel van de lipiodolfoto kunnen vaststellen. Van belang is dat men de cyste geheel opvult. Niet steeds is dat gemakkelijk, doch men moet er zich een feeling voor eigen maken. Met twee opnamen bereikt men het gewenste resultaat: één zijdelingse foto (patiënt zittend) en één occipeto-frontale, waarbij de patiënt voorover ligt, met de neus op de plaat. De lipiodol zakt naar het diepste gedeelte, zoodat men — zelfs wanneer het cystelumen niet voor 100 % gevuld zou zijn — de vloeistofspiegeltjes ziet, waaruit men de uitbreiding van de cyste zal kunnen opmaken.

Evenals de diagnose kan ook het behandelingsplan van de grotere bovenkaakcyste moeilijkheden geven: bijholte van mond, neus, totale extirpatie?

Een enkele keer zal men gedurende de operatie van dit soort cysten, van de oorspronkelijk ingeslagen weg willen afwijken. Men dient dus op alles voorbereid te zijn, wat instrumentarium betreft, maar ook aangaande de eerste incisie. Misschien zal men geen bijholte willen maken en is tegen het einde der operatie een behoorlijke lap vereist, om te kunnen sluiten! Voorts moet men erop bedacht zijn, dat men het hechten op een bot-onderlaag zal moeten doen, dus ook daarmee heeft men bij z'n eerste incisie rekening te houden.

Ik moge thans aan de hand van de fotoserie enige voorbeelden bespreken.

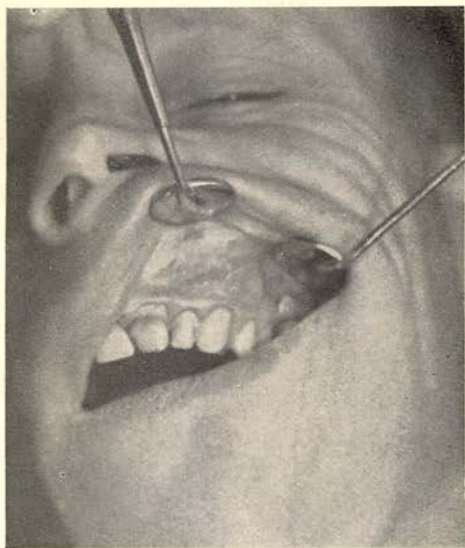
- Afb. 1. Cyste van de linker bovenkaak. Tijdens operatie. Met de beide haken worden lip plus slijmvlies-periostlap omhooggehouden. Twee radices steken in de cysteholte uit. Bot en voorwand van de cyste zijn reeds weggenomen. (De operatie werd volgens P a r t s c h beëindigd, radices geëxtraheerd.)
2. Dezelfde cyste, Röntgenfoto.
 3. Ei-grote, tevens ei-vormige cyste, gelegen in de regio I₂ — C_{ss}. Deze cyste puilde in het vestibulum oris uit, evenzeer echter in de neusbodem en



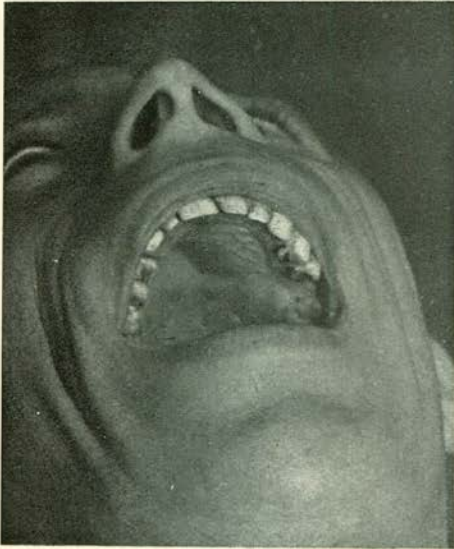
Afb. 1



Afb. 2



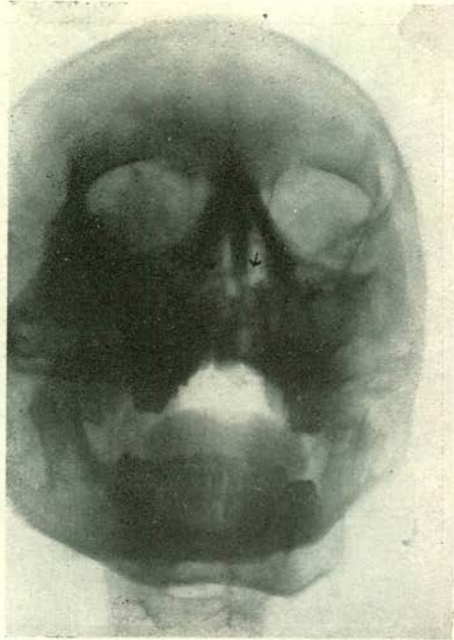
Afb. 3



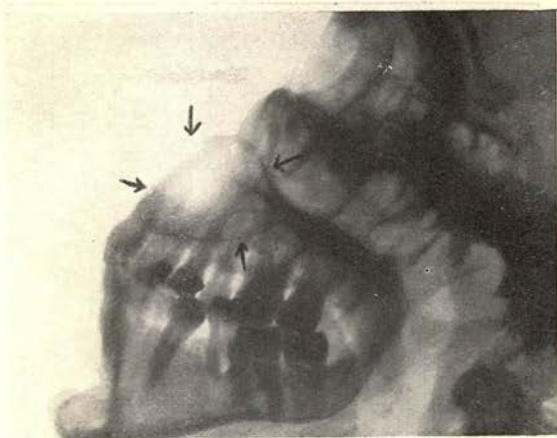
Afb. 4



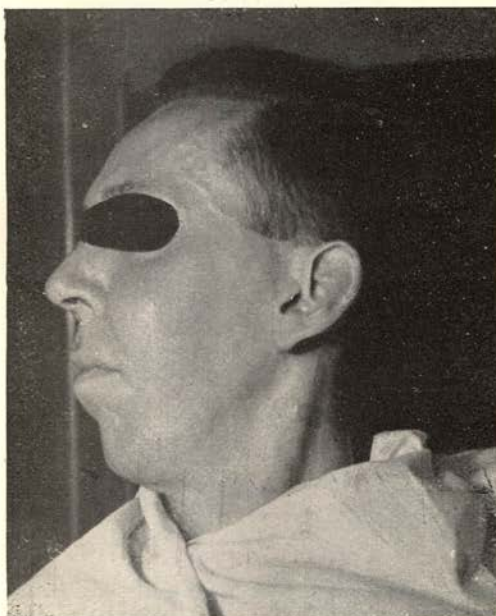
Afb. 5



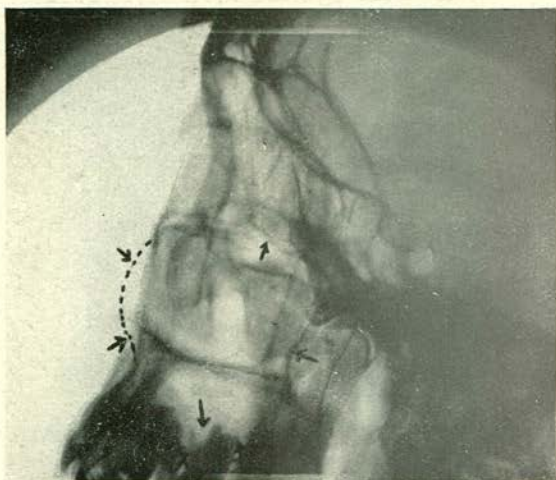
Afb. 6



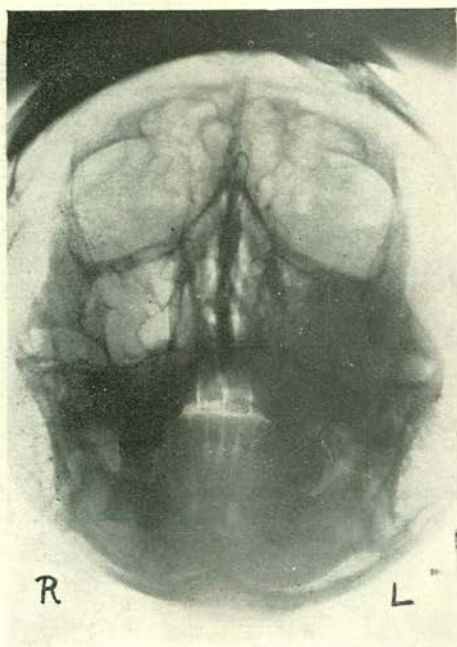
Afb. 7



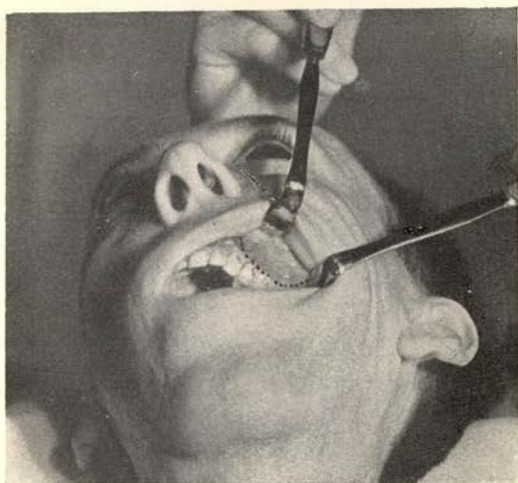
Afb. 8



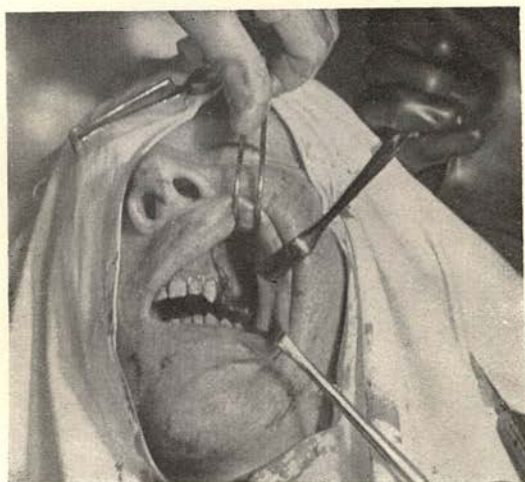
Afb. 9



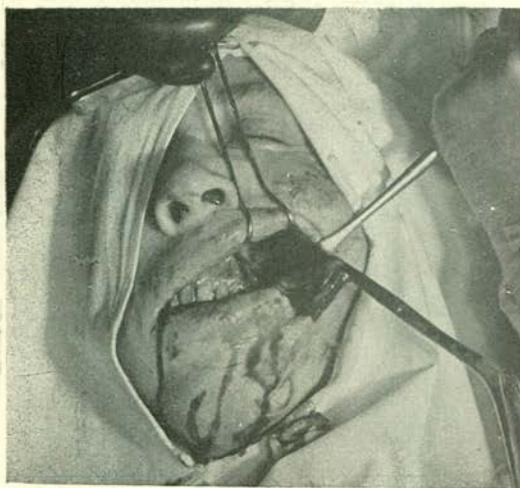
Afb. 10



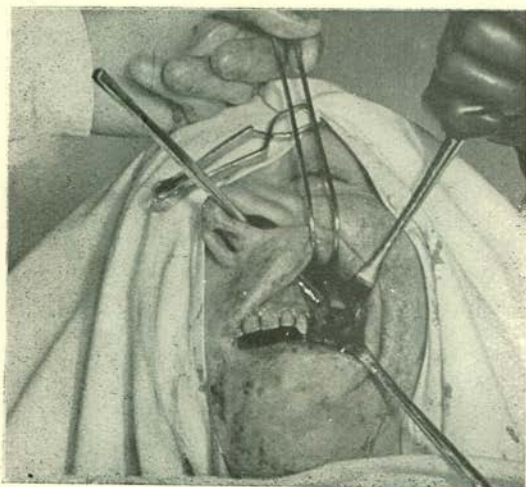
Afb. 11



Afb. 12



Afb. 13



Afb. 14

4. naar palatinaal. Vooral de zwelling in de neusbodem was zeer uitgesproken, zodat ik deze cyste tot bijholte van de linker neus heb gemaakt: Incisie in de mond, resectie van de apices van 2 elementen; ruime opening naar de neusbodem; wond in de mond weer gehecht. Tamponnade via de neus. Holte is later gedurende enige tijd door patiënt zelf gespoeld (over het algemeen leren de patiënten het spoelen van hun geopereerde cyste zeer gemakkelijk).
- 5., 6. en 7. Dezelfde cyste. Röntgenopnamen.
8. Mandarijn-grote cyste van de linker bovenkaak.
9. Idem. Zijdelingse Rö-opname. De grenzen zijn door pijltjes gemarkeerd.
10. Occipeto-frontale opname van dezelfde cyste: gehele linker kaakhelft gesluierd.
11. t/m 14. Operatie van hetzelfde geval. Afb. 11 geeft de sterke welving van de cyste in het vest. oris te zien, benevens de incisie-lijn, gestippeld. De slijmvliesperiostlap wordt zo hoog mogelijk omhooggeklapt, waarbij zorggedragen moet worden dat de cystewand zelf, slechts hier en daar nog door papierdun bot bedekt, niet wordt beschadigd. Bij dergelijke grote cysten als deze dient men zich op totale extirpatie voor te bereiden. Trilhaardragend neusbijholte-epitheel is immers — voor zover niet nóg aanwezig, zich later herstellend — verkieslijker als kaakholtbekleding dan het plaveiselepitheel van de cyste. Afb. 12 geeft de situatie na opruiming van het bedekkende weefsel en extractie van P_1 , P_2 en M_1 . Inmiddels is de cyste geheel stomp losgepraepareerd en leeggelopen en afb. 13 geeft het moment te zien, waarop ik de grote slappe losgepelde cystezak met de tang verwijder. Alvorens nu gesloten mag worden, plegen wij volgens Caldwell-Luc een venster naar de neus te maken, ter ruime ventilatie van de nieuwgeboren kaakholte. Dit venster moet groot zijn: 3 à 4 cm. breed en minstens 1 cm. hoog. Het wordt onder de concha inferior aangelegd. Men begint vanuit de kaakholte het benige venster te beiten, waarna het neusslijmvlies te zien komt. Dit wordt netjes omsneden met een fijn mesje, en het lapje naar de kaakholtzijde omgelegd. Een mooi venster is belangrijk en nuttig, ook voor onszelf, wanneer we postoperatief de holte willen spoelen.
Men ziet op afb. 14 een slanke beitel ter contrôle door het venster naar binnen gevoerd; ook een hoekje van de slijm-

vliesperiostlap kan men zien hangen. Tot slot worden de alveolen van de geëxtraheerde elementen weggeknabbeld, waarna de slijmvlieslap direct aan het palatumslimvlies kan worden gehecht. Na instrooiing van penicilline-surfamilamidpoeder en inbrengen van een kleine tampon (vooral in het venster) wordt gehecht met geknoopte hechttingen van nylon of paardehaar.

Het aantal postoperatieve spoelingen (via een stompe gebogen kanule door het neusvenster), vroeger nog vrij groot, blijkt tegenwoordig vrij belangrijk verminderd te kunnen worden door instrooien van het genoemde poeder vóór het sluiten der operatieholte. Evenmin behoefte men een grote tampon in te brengen. Twee kleine gemakken, voor de operatie zelf echter van geen essentieel belang.

SAMENVATTING

Beschreven worden grotere radicaire cysten van de bovenkaak. Speciaal op de diagnose wordt wat nader ingegaan, terwijl de gang der operatie aan de hand van enige foto's wordt besproken.

Tijdelijk: Curaçao, Hendrikplein 1a.