

## TWEE GEVALLEN VAN METASTASERING VAN TUMOREN IN HET GEBIED VAN DE ONDERKAAK \*)

DOOR W. A. M. VAN DER KWAST, hoofdassistent

Patiënt P., (55/1610) geboren 17-1-1908, werd op 11-6-1955 opgenomen op de geneeskundige kliniek (hoofd Prof. Dr. F. S. P. van Buchem), wegens kortademigheid en pijnen in het rechter schoudergebied, die reeds geruime tijd bestonden. Bij röntgendoorlichting werden tekenen van een mediastinumtumor ontdekt. Ook vertoonde patiënt een gezwollen wang waarvoor consult werd gevraagd aan de afdeling mondheilkunde.

Medio april is patiënt elders opgenomen geweest voor dezelfde klachten. Tijdens die opname voegden zich bij zijn reeds bestaande klachten, nog uitstralende pijnen in de linker gezichtshelft, voornamelijk achter het oor en in de nek. Bovendien kreeg patiënt een doof gevoel in de linker onderlip en de linker kinhelft precies tot aan de mediaanlijn. Hij heeft hiervoor vitamine B injecties gehad, evenwel zonder resultaat. De voortdurende aangezichtspijnen waren en zijn nog oorzaak, dat patiënt slecht slaapt.

Eind april en begin mei 1955, dus tijdens de eerste opname, zijn in de linker onderkaak enkele kiezen geëxtraheerd. Het resultaat hiervan was, dat er eerder een verergering dan een vermindering optrad van de klachten. Het gezicht werd nog dikker dan het al was en bovendien ontstond er een trismus.

### Uitwendig onderzoek:

De huid is cyanotisch; beiderzijds sterk opgezet gezicht (zie afb. 1), de zwelling is links meer uitgesproken dan rechts. De beweeglijkheid van de mandibula is sterk beperkt; de maximale opening tussen boven- en onderfronttanden bedraagt nauwelijks 1 cm. Er is ondanks deze geringe mondopening een duidelijke mediaanlijnverschuiving naar links te constateren. In de hals zijn enkele sterk gestuwde venen zichtbaar (links meer dan rechts).

### Inwendig onderzoek:

Slijmvlies van de mond is licht cyanotisch. Geen foetor en geen abnormale zwellingen in de omslagplooï. Verder onderzoek is niet mogelijk t.g.v. de trismus.

\*) Bijdrage voor de klinische avond voor tandartsen te Groningen; 7 oktober 1955.

4-7-55 werd door de internist gevraagd of er een kaakfractuur aanwezig zou kunnen zijn, omdat patiënt tijdens het eten van hard voedsel een „krakende sensatie” had gevoeld. Sindsdien zijn de pijnklachten weer toegenomen. Bij onderzoek bleken enkele molaren zeer sterke abrasieën te vertonen, welke de „krakende sensatie” zouden kunnen verklaren. Dislocatie van de mandibula was niet aantoonbaar.

De aanwezigheid van een grote tumor in het mediastinum, kan leiden tot druk op de vena cava superior en daardoor gedeeltelijke afsluiting van deze vene veroorzaken (zgn. vena cava syndroom). De gestoorde circulatie in het stroomgebied van de vena cava superior veroorzaakt dan het ontstaan van het opgezette gelaat en de gezwollen halsvenen, zoals we dit ook bij onze patiënt zagen.

Uit de anamnese bleek dat na de extracties de klachten aan de kaak toenamen. Het gezicht werd aan een kant nog dikker en er ontstond trismus. Er waren geen redenen aanwezig om een infectieus proces van dentogene oorsprong aan te nemen.

Een maligne proces in de linker parotis was minder waarschijnlijk, omdat de uitvalsverschijnselen van de nervus alveolaris inferior hierdoor niet worden verklaard. Bovendien zou men bij de gegeven grootte van de tumor dan een facialis-paralyse kunnen verwachten.

De internist stelde hier als waarschijnlijke diagnose een tumor (carcinoom?) in het mediastinum met een metastase naar het gebied van de opstijgende tak van de linker onderkaak. De anesthesie van de linker lip- en kinhelft kan dan worden verklaard door deze gemetastaseerde tumor.

Op advies van de radioloog werd de kaaktumor zeven maal bestraald echter zonder enig resultaat. De trismus en zwelling bleven onverminderd voortbestaan.

De tumor in het mediastinum was inoperabel.

Vrij spoedig na de bestraling gaf de patiënt te kennen dat hij naar huis wilde, waar hij enkele weken later is overleden.

Patiënte H. v. d. S.-R., (55/2670) geboren 4-5-1901, werd op 11-10-1955 door haar huisarts naar de polikliniek verwezen wegens een reeds geruime tijd bestaande zwelling aan de rechter wang (foto 3) en een paresthesie aan de rechteronderlip.

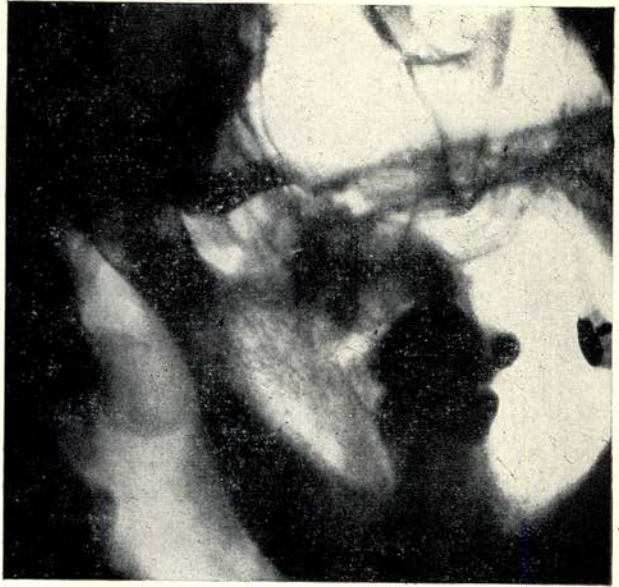
Anamnese: 6 maanden geleden zijn enkele kiezen in de rechter onderkaak geëxtraheerd omdat de rechter wang wat gezwollen was. Na de extracties is de zwelling niet in omvang verminderd. De paresthesie aan de rechter onderlip bestaat sinds één jaar. Ruim één jaar geleden onderging patiënte een mamma-amputatie wegens carcinoom.

Uitwendig onderzoek: de rechter wang is gezwollen. De lymfklieren rechts onder de mandibula zijn drukgevoelig.

Inwendig onderzoek: geen slijmvliesdefecten. Ter plaatse van M<sub>3</sub> i.d. een zwelling, die zowel linguaal als buccaal te voelen is. De sensibiliteit van het slijmvlies van de processus alveolaris inferior is sterk verminderd.



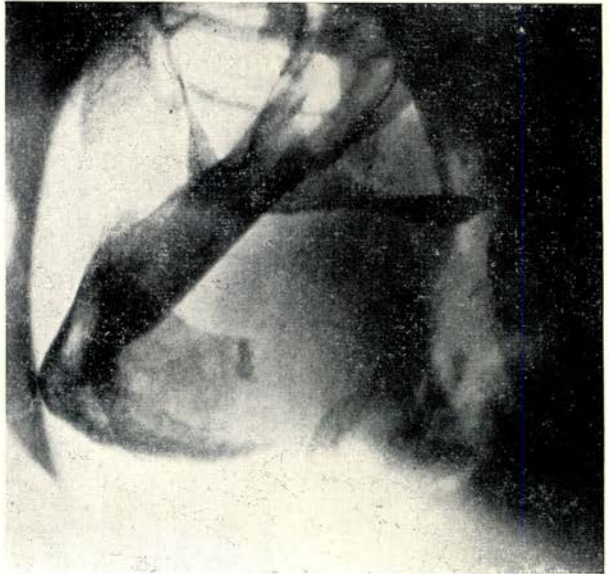
Afb. 1. P/K 55/1610. Sterk opgezet gezicht met aan de linker kant een gesuperponeerde zwelling



Afb. 2. P/K 55/1610. Botdestructie in de opstijgende tak van de mandibula. De contouren van de processus muscularis zijn niet goed meer te volgen



Afd. 3. P/K 55/2670. Gezwollen rechter wang



Afb. 4. P/K 55/2670. Destructie van het grootste deel van de opstijgende tak en een deel van de horizontale tak

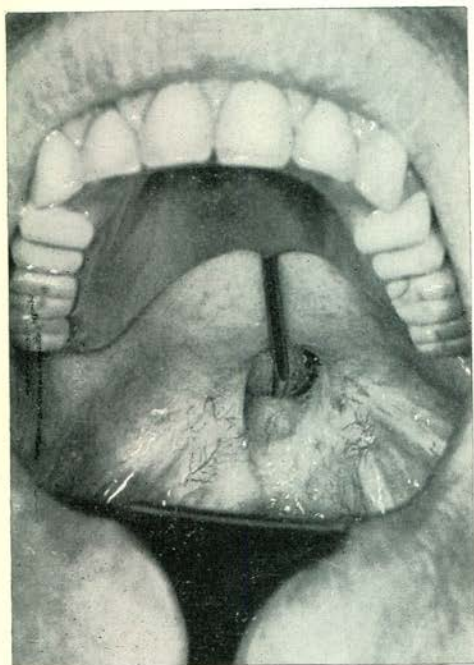


Fig. 1

Roorda: Vergroeiing van het palatum molle met de nasofarynx

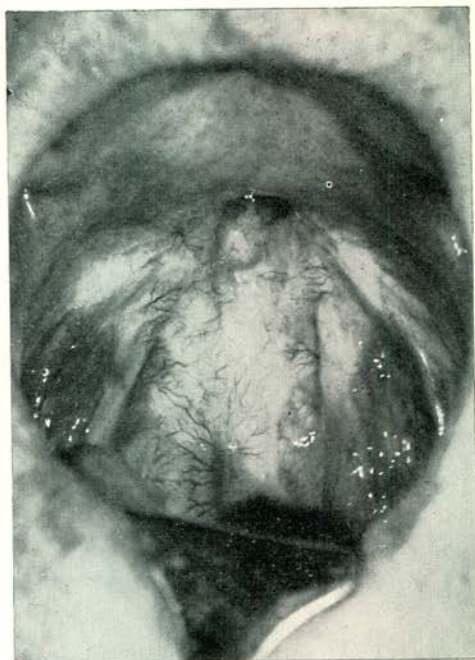


Fig. 2



Becker: Een geval van een cilindroom



Roorda: Fractuur der Spina mentalis

A d a i r en H e r m a n n publiceerden 5 gevallen, waarin metastasering van mammacarcinomen plaats vond naar de mandibula, en waarbij ook anesthesie optrad van het betreffende verzorgingsgebied van de nervus alveolaris inferior.

Ook S o n n t a g publiceerde een geval van een gemetastaseerd onderkaakscarcinoom, waarbij aan een kant gevoelloosheid bestond van de kin, de lip en de processus alveolaris.

Op de x-foto van onze eerste patiënt (zie afb. 2) is aantasting van het bot zichtbaar. Er is duidelijke destructie van het bot in de ramus ascendens mandibulae, terwijl de contouren van de proc. muscularis niet geheel duidelijk meer zijn.

S k i l l e n beschreef een geval, waarin een gemetastaseerd onderkaakscarcinoom nauwelijks röntgenologische afwijkingen te zien gaf. Ook V a n d e r Z w a a g en H a g e m a n schrijven, dat het niet aangetast zijn van het kaakbot op de röntgenfoto de aanwezigheid van een carcinoom niet uitsluit.

Op de röntgenfoto van de tweede patiënt (zie afb. 4) blijkt er in de rechter opstijgende tak en in een deel van de horizontale tak een duidelijke botdestructie te zijn.

Gemetastaseerde onderkaakscarcinomen komen betrekkelijk zelden voor. C a r n e t t en H o w e l l troffen bij 101 gevallen van botmetastasen van mammacarcinoom, geen metastasen aan in de onderkaak.

Men neemt aan, dat botmetastasen in het algemeen ontstaan door vasthechten van een embolus in de bloedvaten van het rode beenmerg (P i n n e y). De stroomsnelheid van het bloed is in het rode beenmerg door de aanwezigheid van talrijke vaten gering. De kans, dat verslepte tumorcellen hier vastraken is dus groot.

Volgens B o x komt in de menselijke onderkaak in 75% van de gevallen geen rood beenmerg voor, bij de overige 25% is rood beenmerg slechts in geringe hoeveelheden aanwezig. De geringe frequentie waarmee carcinomen in de onderkaak metastaseren, zou aldus te verklaren zijn.

Metastasen in de mandibula van mammacarcinomen en prostaatcarcinomen worden naar verhouding nog het meest frequent aange troffen.

*Literatuur:*

- F. E. A d a i r; J. B. H e r m a n n (1946): Surgery, gynaecology and obstetrics 83—289.  
L. T. B y e r s; B. C. S a r n a t (1946): Surgery, gynaecology and obstetrics 83—355.  
Prof. Dr. L. D. E e r l a n d (1946): Mededelingen uit de chirurgische Universiteitskliniek te Groningen, deel VII—107.  
Dr. F. K l e i n (1953): N. T. v. G. 97—1069.  
P i n n e y (1922): Brit. J. Surg. 10—235.  
W. G. S k i l l e n (1930): J.A.D.A. 17—1678.  
D. S o n n t a g (1930): Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 233—236.  
K. T h o m a: Oral Pathology, third ed.