

VERGROEIING VAN HET PALATUM MOLLE MET DE
NASOFARYNX TEN GEVOLGE VAN EEN GUMMEUS
PROCES BIJ LUES III *)

DOOR L. A. M. ROORDA, assistent

De patiënt, die ik u straks zal demonstrenen is een geval, waarbij een obturator gemaakt moest worden voor een palatumdefect, dat niet aangeboren is, maar dat is ontstaan door een waarschijnlijk aangeboren ziekte, n.l. congenitale lues.

Van de twee vormen, waarin lues zich kan voordoen, de verworven en de aangeboren, kenmerkt de verworven vorm zich door de 3 typische stadia.

Het eerste stadium of primair affect ontstaat na een incubatieperiode van 3 à 4 weken na de contactinfectie. Het heeft de vorm van een ulcus met zeer harde bodem, gepaard gaande met sterke, harde, niet pijnlijke klierzwellings. Het zetelt bijna altijd aan de genitaliën. Het niet genitale primair affect komt in 70% der gevallen voor aan de mond, d.w.z. aan onderlip, bovenlip, tonsillen of de tong. De sjanker aan de lip is een erosie met een harde bodem, niet groter dan een cent. Aan de tong is het meestal een kleine, harde knobbel aan de punt. Het primair affect aan de tonsillen doet zich soms voor als een bleke, harde, pijnloze zwelling, soms ook als een eenzijdige ulcererende angina met slikbezwaren. Er is altijd een harde, niet pijnlijke klierzwellings onder de kaakhoek. De klachten zijn meestal gering. De diagnose kan bevestigd worden door de na 2 à 4 weken positief wordende Wassermann-reactie. In vocht uit het ulcus kan men microscopisch de verwekker de spirocheta pallida aantonen.

Differentiaal diagnostisch komen in aanmerking epithelioma, dat minder acuut is en een tuberculeus ulcus dat chronisch verloopt, ondermijnende randen heeft en geen harde bodem.

Het *secundaire* stadium bij syfilis heeft als vroegste verschijnsel het erytheem, dat zich in de mond voor kan doen als een scherp begrensde roodheid op het palatum molle. Verder komen in dit stadium met tussenpozen enkele malen huidrupties voor. In de mond zien we dikwijls de zogenaamde plaques muqueuses, zij kunnen optreden tegelijkertijd met de eerste huiduitslag, maar ook nog jaren later tegelijk met de

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

gummeuze processen van het derde stadium. Zij doen zich voor als matrode of grijze, ronde of ovale vlekken, iets verheven boven het omgevende lichtrode slijmvlies. Wij zien ze voornamelijk aan de verhemeltebogen en de tonsillen. Soms ook aan de tong als rose, gladde vlekken, die later tot grijze, ruwe verhevenheden kunnen worden. Hier is differentiaal diagnostisch belangrijk: difterie, leukoplakie en lichen ruber planus.

Minstens 5 jaar nadien kunnen dan de verschijnselen van het derde stadium optreden, die bestaan uit papuleuze sifiliden op de huid en slijmvliezen, verder een diffuus infiltraat, voornamelijk van de tong, en tenslotte vooral de gummata.

Op ons terrein worden deze gummata het meest gezien aan de lippen, de tong en het palatum, zowel aan het harde, als aan het zachte gehemelte. Na de genezing van gummata aan het palatum durum of molle kunnen perforaties blijven bestaan, die zeer veel bezwaren opleveren bij het eten en spreken.

De gummeuze aandoeningen van de farynx en de gehemeltebogen kunnen aanzienlijke destructies geven, die bij genezing ernstige schrompelingen kunnen veroorzaken. Wat de *congenitale lues* betreft, hierbij kunnen zich alle verschijnselen van het derde stadium voordoen.

Een kenmerkend symptomencomplex voor de congenitale lues vormt de Hutchinsonse trias: keratitis en middenoorontsteking samen met de Hutchinsonse tanden, tonvormige bovenincisiven met de halve maanvormige incisale rand. Ook de eerste molaren kunnen een „knospen”-vorm hebben, gelijk wij die bij rachitis zien.

Keren wij nu terug tot onze patiënt:

In 1954, hij was toen 44 jaar, kwam hij via zijn huisarts naar onze kliniek, met de volgende anamnese:

Ongeveer 20 jaar geleden kreeg patiënt keelpijn. Van tevoren had hij een zenuwontsteking gehad. De keelpijn duurde 2 jaren. Toen ging hij naar K.N.O. arts, die hem injecties gaf. Daarna „viel een stuk van het gehemelte af”, de ontsteking genas, de pijn ging over, maar er bleef een gat bestaan, waardoor patiënt een spraakgebrek overhield, waaronder hij erg gebukt gaat. Zijn tandarts probeerde het gat met een plaatje te sluiten, maar het resultaat was, dat hij „helemaal niets meer kon zeggen”. Een chirurg, die hij consulteerde, zag van een operatie af. Hij vraagt nu, of het defect verholpen kan worden. Hij heeft de laatste tijd soms last van doofheid en oorsuizingen. Zijn vader had lues. Hij brengt een brief mee van zijn huisarts, die spreekt over een *waarschijnlijk congenitale lues*.

De submandibulaire lymfklieren blijken beiderzijds palpabel. De spraak is nasaal. Het palatum molle is bijna helemaal met de dorsale farynxwand vergroeid, behalve over een afstand van $\pm 1\frac{1}{2}$ cm in de mediaanlijn. De uvula is geheel verdwenen en ook de arcus glosso palatinus en glosso faryngeus zijn sterk veranderd. Er is slechts zeer weinig beweeglijkheid van het palatum molle.

Patiënt is edentaat en draagt een prothese. De diagnose werd gesteld: vergroeiing van palatum molle met de farynxwand ten gevolge van

luetische ontsteking. Het is dubieus, of we hier de trias van Hutchinson aantreffen. De patiënt was reeds edentaat, toen wij hem voor de eerste maal zagen, dus over de tandhypoplasieën is ons niets bekend. Wel klaagt hij over doofheid, maar volgens de otoloog kan dat ook zijn oorzaak vinden in de vergroeiing van de nasofarynx, zodat de ingang van de tuba eustachii aan beide zijden ook is vergroeid, want zijn klachten lijken precies op die van ons allen, wanneer wij in een vliegtuig op grote hoogte komen en dan door slikken of het maken van extreme kaakbewegingen de drukverhouding buiten en in het middenoor kunnen herstellen.

Het oorsuizen van de patiënt gaat ook over, wanneer hij door het maken van een extreme progene beweging van de mandibula de tuba Eustachii rekt.

Volgens de oogarts is hier een luetische keratitis niet waarschijnlijk.

Er werd voor deze patiënt een totale prothese met obturator gemaakt. Door de geringe beweeglijkheid der spieren is de spraak niet zo goed geworden als anders vaak mogelijk is. Immers, voor de neusademhaling en de open klanken moet de weg voldoende vrij worden gelaten, terwijl de scheiding van neus- en mondholte voor de gesloten klanken tot stand moet komen doordat het velum en de farynxwand bij contractie de obturator voldoende naderen.