

## KLINISCHE VOORDRACHTEN

*Uit de Mondheilkundige Universiteitskliniek  
te Groningen.*

*Hoofd: Prof. M. Hut*

### EEN GEVAL VAN EPULIS GIGANTOCELLULARIS \*)

DOOR H. H. VERKERK, assistent

Taalkundig gezien heeft het woord epulis een topografische betekenis, nl. op de kaak zittend. In het algemeen verstaat men er onder: een zwelling veroorzaakt door een autonome groei van granulatieweefsel. Voor het ontstaan van dit weefsel stelt men pathologische processen van het parodontium verantwoordelijk. AXHAUSEN zegt dan ook: „Zonder tand geen epulis”.

Gezien het klinische, maar vooral het histologische beeld, kan men vier vormen van epuliden onderscheiden:

1. epulis granulomatosa, die uit granulatieweefsel bestaat en een zachte consistentie heeft;
2. epulis fibromatosa, waarbij een weefselstructuur wordt gevonden, gelijkend op die van bindweefsel en die dus hard aanvoelt;
3. epulis sarcomatodes, waarvan het weefsel lijkt op dat van een sarcoom;
4. epulis gigantocellularis, deze vorm komt het meest voor en is histologisch gekenmerkt door het voorkomen van reuscellen. Dit zijn cellen met meer dan één kern, het aantal varieert van 2-30. Men kan ze overal in het lichaam vinden, daar waar weefseldestructie plaats vindt met daarna optredende resorptie. THOMA e.a. zien de epulis gigantocellularis als een weefsel met resorberende eigenschappen, dat kan ontstaan als gevolg van chronische ontsteking in de buurt van de tand, bloedingen, botfracturen, resorptie van melkelementen.

Genoemde weefsels komen ook in het kaakbot voor en dan spreekt men van „centrale granulomen” of van ennuliden.

Klinisch ziet men bij de epulis gigantocellularis in de mond een zwelling, variërend in kleur van blauwrood tot bleekrose en in consistentie van hard tot week, zodat zelfs de indruk van fluctuatie kan voorkomen. Ook in grootte kan de afwijking wisselen: soms zijn de afmetingen zo groot, dat asymmetrie van het gelaat optreedt. Het verschijnsel wordt meestal bij kinderen waargenomen en het gezwel kan dan een snelle groei vertonen. Dat het daarnaast vaak bij adolescenten en gravidæ wordt aangetroffen, kan een aanwijzing zijn, dat hormonale factoren in het ontstaan ervan een rol meespelen.

\*) Bijdrage voor de klinische avond voor tandartsen te Groningen op 18-4-1958.

Het gezwel komt vooral buccaal op de processus alveolaris voor, soms linguaal; volgens COOKE wordt de onderkaak vaker getroffen dan de bovenkaak. Het kan „gesteeld” zijn of met de gehele basis op de gingiva zitten. Het veelvuldig interdentaal voorkomen heeft tot gevolg, dat de tanden uit elkaar worden gedrongen.

Dat deze vorm van epulis bijna nooit in de molaarstreek voorkomt, maar meestal daarvóór gevonden wordt, pleit voor het feit, dat de resorptie van het melkgebit één der oorzaken voor zijn ontstaan kan zijn. Meestal ziet men op de X-foto's geen botaantasting, hoewel bij een in de diepte groeiende vorm zeker resorptie van het onderliggende bot optreedt.

Het histologische beeld geeft normaal plaveiselepitheel te zien, dat soms ulceraties vertoont. Het daaronder liggende bindweefsel wordt rijk gevasculariseerd en is vaak geïnfiltriseerd met ontstekingscellen. Dan ziet men het eigenlijke epulisweefsel, vervolgens het periost, dat meestal intact is.

Histologisch en klinisch kan men volgens STONES weer twee vormen bij de epulis gigantocellularis onderscheiden:

1. de *vasculaire vorm*, die het meest voorkomt en als voornaamste histologische kenmerken heeft de grote rijkdom aan dunwandige bloedvaten, waarin bloedingen optreden, hetgeen blijkt uit de er om heen liggende erythrocyten. Verder het grote aantal reuscellen, gevuld met bruine korrels haemosiderine, dat een afbraakproduct is van het haemoglobine. Het interstitiële weefsel, dat van mesenchymale herkomst is, heeft een jonge, onrijpe structuur. Klinische kenmerken zijn: polypeuze vorm van het gezwel, weke consistentie, blauwrode kleur en snelle groei.
2. Bij de *bindweefselachtige vorm* ziet men in het interstitiële weefsel talrijke spoelvormige cellen en collagene vezels. Het aantal bloedvaten, reuscellen en hoeveelheden haemosiderine is veel kleiner dan bij de vorige vorm. Het klinische beeld is dan ook anders en men treft hier een bolvormige bouw aan, zomede een bleekrode kleur, overeenkomend met die van de gingiva en een harde consistentie.

Beide vormen kunnen door elkaar voorkomen, ook is het mogelijk, dat de vasculaire vorm in die van de bindweefselachtige overgaat. Genoemde differentiatie kan zover gaan, dat men in het gezwel osteoïd weefsel kan waarnemen.

De therapie bestaat uit radicale verwijdering. Verder is het nodig het onderliggende bot weg te nemen, daar hierin infiltratie van reuscellen wordt aangetroffen. Behoudens bij recidieven is extractie van elementen niet nodig.

Op deze wijze behandeld is de prognose gunstig, behalve bij een voortijdige maligne ontaarding van het gezwel, wat echter weinig voorkomt.

Het geval, dat ik U zal demonstrenen betreft een jongetje van vijf jaar (p.k. 57/3375), dat op 19-12-1957 op onze kliniek binnenkwam, met de volgende *anamnese*:

Zeven weken geleden zagen de ouders van patiëntje, dat hij in zijn bovenkaak rechts een flinke zwelling had, welke geleidelijk groter werd; mogelijk bestond

de afwijking reeds langer. Patiënt heeft geen kiespijn gehad en is niet ziek geweest. In december 1956 werd tonsillectomie verricht. De huisarts dacht met een ontsteking te doen te hebben en schreef tabletten en mondspoeling voor. Er kwam geen pus, wel af en toe bloed, als patiënt hard voedsel gebruikte.

*Algemene gezondheid:* geen bijzonderheden.

*Uitwendig onderzoek:* de wang rechts is sterk gezwollen. De zwelling is zacht en fluctueert niet. Geen hyperaemie, geen pijn. Submandibulaire lymfeklieren links en rechts niet palpabel.

*Inwendig onderzoek:* de gehele rechter helft van het palatum durum wordt bedekt door een walnootgrote zwelling, die iets over de mediaanlijn uitpuilt en zich naar buccaal uitbreidt over de processus alveolaris van  $i_1$ ,  $i_2$ , en  $csd$ . Daar bestaat hij uit twee delen, blauwrood van kleur en elk met een doorsnee van twee cm. De consistentie is zacht, het oppervlak is glad. Geen drukpijn. Van het melkgebit ontbreken enkele molaren, de meeste elementen zijn carieus. Matige mondhygiëne. (foto 1).

*Röntgenfoto's:* op de zijwaartse, voor-, achterwaartse- en Liliënfelfoto zijn geen duidelijke afwijkingen te zien. De occlusaalfoto toont aan, dat de kiemen van  $P_1$  en  $P_{2sd}$  uit elkaar gedrukt zijn.

Daar ontstekingsverschijnselen ontbraken, gingen onze gedachten uit naar een tumor en gezien de korte tijd, waarin de afwijking was ontstaan, naar een maligne: het sarcoom. Verder werd gedacht aan een epulis gigantocellularis.

Er werd een proefexcisie gedaan, waarbij een blokje weefsel van  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2}$  cm uit het gezwel werd genomen; de wond bloedde sterk. Een onmiddellijk gemaakte vriescoupe gaf veel reuscellen te zien met diverse kerndelingen. (Prof. dr. H. N. HADDERS).

Nader microscopisch onderzoek wees uit, dat we hier te maken hadden met een benigne proces. In het pathologisch anatomisch verslag (Prof. Dr. H. N. HADDERS) stond o.a. vermeld:

„In een grondpatroon van bindweefselachtige cellen lagen tal van reuscellen met enkele tot meer dan 30 kernen (meest 10–20). Er waren nogal wat dunwandige bloedvaatjes. Het beeld past bij dat van een z.g. epulis gigantocellularis. Geen maligniteit.”

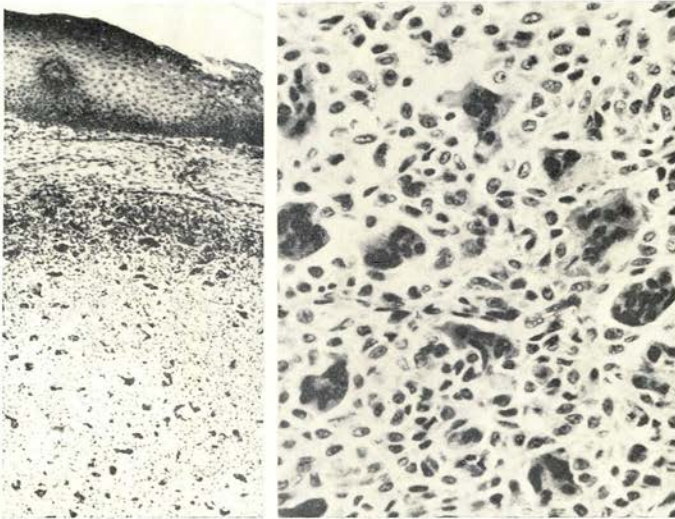
Op 30-12-1957 werd het gezwel onder narcose verwijderd (Prof. Dr. L. D. EERLAND), waarbij bleek, dat er geen infiltratie in het palatum was. De processus alveolaris rechts boven werd grotendeels mee weggenomen.

Op 6-1-1958 werden de hechtingen verwijderd, het postoperatieve verloop was normaal. Eveneens werd de uitslag van het onderzoek van het operatiepraeparaat op die dag bekend, waarvan we het volgende aanhalen:

„Het operatiepraeparaat had de vorm van een paddestoel,  $3\frac{1}{2}$  cm breed, 2 cm hoog. In het praeparaat bevond zich een kies. Het histologisch beeld was in beginsel als van de proefexcisie. Het grondpatroon leek plaatselijk echter wat meer vezelig en ook wat minder bloedvaatjes te bevatten.” (foto 2).



foto 1  
Buccale deel van de tumor



A

B

foto 2

- A. Tumorweefsel, door een smalle strook fibreus weefsel gescheiden van het plaveiselepitheel van de gingiva (H.E., 50 ×)  
B. Grondpatroon van bindweefselachtige cellen met meerkernige reuscellen. (H.E., 280 ×)

Op 14-1-1958 bleek bij contrôle, dat de wond normaal heelde. Elf dagen later werd patiënt ontslagen. Op 25-2-1958 kwam hij terug voor contrôle, geen klachten.

Controle op 20-3-1958 gaf een fraaie wondgenezing te zien, de destijds bestaande asymmetrie van het gezicht was geheel verdwenen.

*Literatuur:*

- AXHAUSEN G.      Allgemeine Chirurgie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Carl Hanser Verlag, München, 1949.
- COOKE B. E. D.    British Dental Journal, 93-13-1953.
- KRANZ P. P.      Klinische Zahnheilkunde, Carl Hanser Verlag, München, 1949.
- SCHUERMAN H.    Krankheiten der Mundschleimhaut und der Lippen. Urban en Schwarzenberg. München-Berlin. 1958.
- STONES H. H.     Oral and dental diseases. E. & S. Livingstone, Ltd. Edinburgh. 1948.
- THOMA, K. H.     Oral Pathology, St. Louis C.V. Mosby Co. 1954.