

## CASUÏSTIEK

### ADAMANTINOMA SOLIDUM VAN DE BOVENKAAK

Op 11 september 1959 werd door de tandarts een 15 jarig meisje naar ons verwezen.

Anamnese: Sedert een paar weken zwelling van de linkerwang onder het oog. Drukkend gevoel op de tanden. Voordien geen last gehad. De laatste dagen nemen de pijnklachten toe en wordt de zwelling wat groter. Algemene gezondheid goed.

Onderzoek - uitwendig. Zwelling van de linkerwang naast de neusvleugel en onder het oog. Palpatie pijnlijk. Huid verschuifbaar en wat hyperemisch. Inwendig. - Stevige drukpijnlijke zwelling in de omslagplooï van I<sub>2</sub> tot P<sub>2</sub>ss.

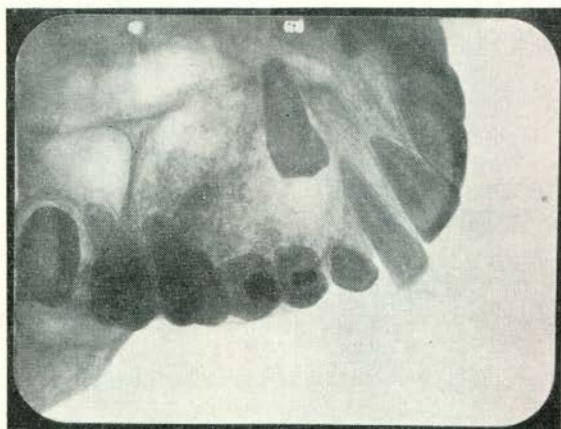


fig. 1

Slijmvlies hyperemisch. Geen fluctuatie. Hoektand links boven ontbreekt. Melkhoektand persistent. Pulpae vitaal.

Op grond van deze gegevens ging de gedachte uit naar een geïnfecteerde folliculaire kyste uitgaande van de geïmpacteerde C s.s. Er werd een 3 bij 4 cm occlusale röntgenopname gemaakt (fig. 1). De verwachte zwarting en scherpe begrenzing bleek op de foto niet voor te komen, maar wel een onregelmatige korrelige botstructuur met aan de punt van de hooggelegen hoektand resorptie van bot. Door deze röntgenbevinding werd de diagnose „folliculaire kyste” twijfelachtig en ging de gedachte uit naar een chronische ostitis, osteoom of maligne tumor.

Patiënte werd op 15-9 opgenomen en kreeg gedurende 5 dagen 800.000 E. Bicilline. Op 16-9 vond de behandeling plaats. Onder penthotal-lachgas narcose (intertracheaal met intubatie via de mond) werd een incisie in de omslagplooï gemaakt van I<sub>1</sub> tot M<sub>1</sub>ss, slijmvlies periost hoog opgeschoven. Het periost liet

gemakkelijk los van een paarsachtige stugge tumor. Met een stomp raspatorium kon de tumor in toto verwijderd worden, waarbij de hoektand tevens losliet. Tijdens het losprepareren werd de wand van de tumor geperforeerd en ontlastte zich wat pus. De inhoud van de „kyste” bestond uit een korrelige grijze massa. Het omgevende bot vertoonde een onregelmatige oppervlakte welke met een bolvormige electrocauter werd gecauteriseerd. De slijmvlies-periost lap werd met een 4 cm. brede jodoform-vaseline tampon in de holte gefixeerd.

Het postoperatieve verloop was ongestoord en na 4 dagen kon na verwisselen van de tampon de patiënte naar huis. Op 25-9 werd de tampon verwijderd en een kunsthars pelotte in de holte geplaatst. Op 7 en 16 oktober werd de pelotte

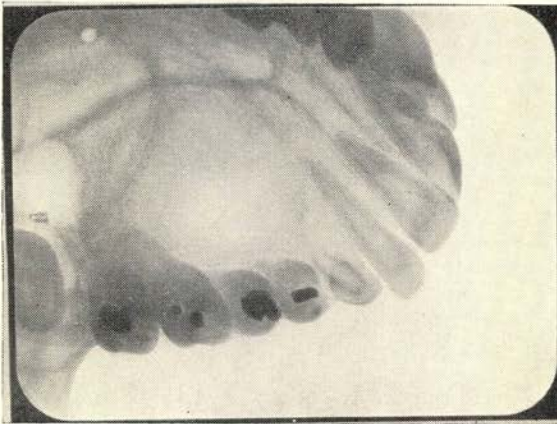


fig. 2

kleiner gemaakt en op 29 oktober verwijderd. Op 20 november bleek de wond geheel gesloten en werd een controle röntgenfoto gemaakt (fig. 2).

De uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek luidde als volgt:

„Wij ontvingen een hoektand, waarvan de wortel vrij was. De kroon lag in een 3 cm. grote kyste, met een paarsgrijs oedemateuse wand en korrelige kalkmassa in het lumen.

Microscopisch: *Adamantinoom* plaatselijk in velden groeiend, elders buizen vormend. Er is metaplasie tot plaatepitheelachtig weefsel aanwezig. Veel verkalking in deze tumor.”

Bijgesloten waren twee foto's van het preparaat (fig. 3 en 4).

Opmerkingen: Het *adamantinoom* is een centrale epitheliale tumor die in twee vormen voorkomt:

- a. *adamantinoma cysticum*, waarbij de meestal multi-loculaire kystevorming tot uiting komt. Deze vorm komt het meest voor.
- b. *adamantinoma solidum*, waarbij de tumor afgekapseld in een kaakdeel ligt.

De localisatie in de bovenkaak is vrij zeldzaam. Volgens MC. FARLAND, PATTERSON en ROBINSON komt de tumor 5 maal vaker in de onderkaak dan in de

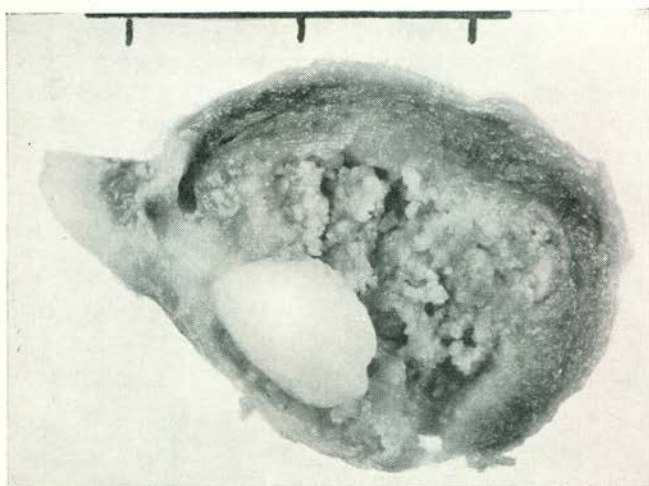


fig. 3

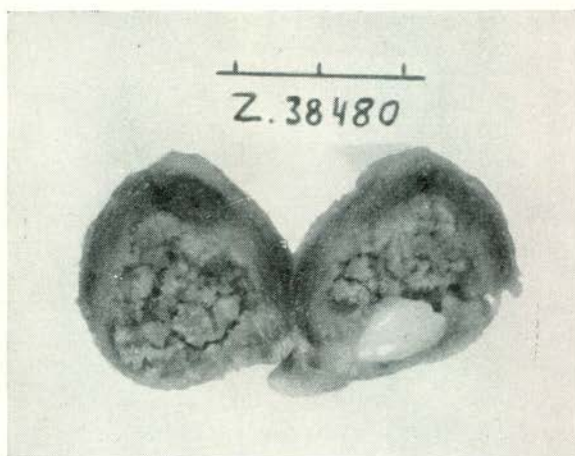


fig. 4

bovenkaak voor en is 6 maal vaker kysteus dan vast. 4 tot 6% van de adamantinomen is maligne. Omtrent de wijze van operatieve behandeling lopen de meningen uiteen. Sommigen zijn de mening toegedaan dat de tumor tot ver in het gezonde weefsel verwijderd dient te worden, terwijl o.a. PICHLER volstaat met zorgvuldige excochleatie eventueel radiumbestraling en langdurige controle. Bij deze patiënte kan haast zeker worden aangenomen dat de tumor in toto verwijderd is. In overleg met het Radio Therapeutisch Instituut en de plastisch chirurg is besloten het verloop van deze behandeling te vervolgen en bij eventueel recidief opnieuw de operatieve mogelijkheden te bezien. J. A. TOLMEYER