

## DE GINGIVACYSTE

A.K. PANDERS, instructeur.

### *Ziektegeschiedenis*

In januari 1962 wordt een 53-jarige (gezond uitziende) man doorgestuurd naar de polikliniek voor mondheilkunde voor onderzoek en behandeling van een kleine zwelling buccaal op de processus alveolaris ter hoogte van de CP<sub>1</sub>is.

De patiënt had de zwelling enige dagen voor hij zich op de kliniek meldde bij toeval ontdekt. Hij heeft vage pijnklachten links in de onderkaak, waarschijnlijk ten gevolge van een diepe caviteit distaal in de Cis.

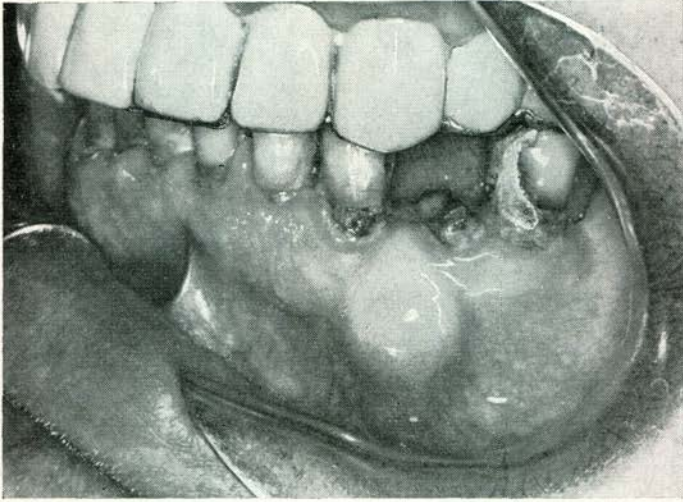
Bij het uitwendig onderzoek worden geen afwijkingen gevonden. Bij het onderzoek van de mondholte zien we buccaal van de CP<sub>1</sub>is op de processus alveolaris een knikkergrote, fluctuerende, niet palpatiepijnlijke zwelling. Er is geen crepitatie. De kleur van de zwelling is bleekrood en de localisatie is ongeveer op de overgang van de gingiva naar de meer losmazige mucosa.

De patiënt heeft een matig onderhouden gebit. De Cis vertoont een distale caviteit, die gevoelig is bij sonderen. Van de P<sub>1</sub>is is alleen nog een, iets percussiegevoelige, radix aanwezig, de pulpa is nonvitaal. De P<sub>2</sub>is heeft een vitale pulpa. Er zijn geen diepe pockets.

Bij het röntgenologisch onderzoek zien we een kleine, ronde opheldering tussen de wortels van de CP<sub>1</sub>is. Er lijkt geen duidelijke relatie te bestaan tussen deze opheldering en de periodontalspleet van de C en P<sub>1</sub>is. (Afbeelding 1 en 2).

Omdat we vermoedden met een zeldzame afwijking te doen te hebben, wilden we de mogelijkheid van een lateraal ontstekingsproces, uitgaande van de nonvitale pulpa van de radix P<sub>1</sub>is uitschakelen. Daarom werd de radix eerst verwijderd, waarna de patiënt gecontroleerd werd.

Via de extractiewond van de P<sub>1</sub>is is in de zwelling te sonderen, zonder dat deze verdwijnt. De extractiewond wordt getamponneerd. Bij controles na twee en vijf dagen is de zwelling verdwenen. Het buccale slijmvlies lijkt nog iets verdikt.



Afb. 1

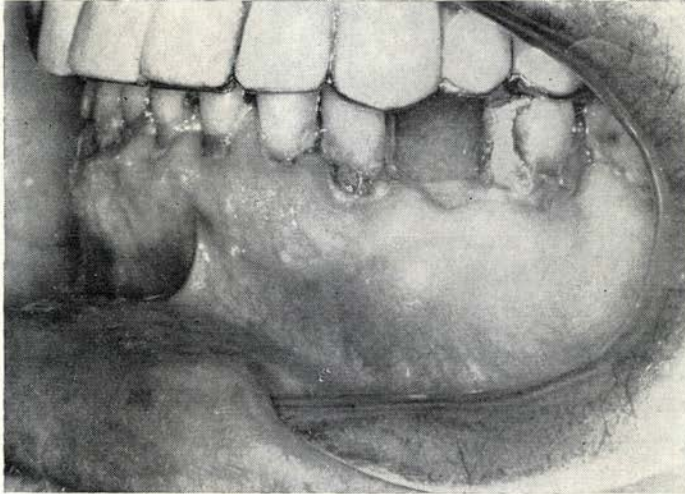


Afb. 2

Een week na de laatste controle verschijnt de patiënt opnieuw. Er is weer een zwelling ontstaan op dezelfde plaats, de afwijking veroorzaakt geen klachten.

Bij het onderzoek zien we een goed genezende extractiewond van de P<sub>1</sub>is.

Op dezelfde plaats als voorheen bevindt zich een bleekblauwe, fluctuerende, niet palpatiepijnlijke zwelling. De gingivamucosa lijkt onder spanning te staan. (Afbeelding 3).



Afb. 3

De afwijking maakt de indruk een cyste te zijn. Er wordt tot exploratie besloten.

Met het oog op een zo goed mogelijk pathologisch-anatomisch onderzoek wordt met de zwelling een ellipsvormig gedeelte van het overliggend slijmvlies verwijderd. Dit gedeelte ligt vrij losmazig ten opzichte van de cyste.

Bij het vrij prepareren van de erwtgrote cyste blijkt deze vrijwel zeker óp het periost te liggen. Aan de achterzijde loopt de zwelling via een dunne, tamelijk gladde weefselstreng uit in een kleine perforatie in de buccale corticalis, zie afbeelding 2.

Deze opening heeft gladde randen en meet circa drie mm in middellijn. Het is niet te zien of deze weefselstreng een eigenlijk deel van de cyste is.

Bij de extractie van de hoektand spuit een gedeelte van de cyste leeg. Deze inhoud is dunvloeibaar en geelgroen van kleur. De cyste is daarna in toto te exstirperen. De wond en alveoli van de C en P<sub>1</sub>is worden grondig geëxcochleëerd en getamponneerd.

De wondgenezing verloopt hierna ongestoord. Bij de controle na een half jaar worden geen afwijkingen gezien.

De cyste wordt opgestuurd voor pathologisch-anatomisch onderzoek. Het verslag (nr. T 164761) van Dr. L.A. SCHERPENISSE (pathologisch-anatomisch laboratorium, hoofden prof. dr. H.N. HADDERS, prof. dr. A. ARENDS), luidt als volgt:

Van patiënt A.T.J.B. ontvingen we een stukje mondslijmvlies, ongeveer vierhoekig van vorm,  $19 \times 12$  mm groot, aan één kant wit verdikt, waaronder zich een uit 2 lobben bestaand erwtgroot tamelijk vast knobbeltje bevond, dat bij insnijden de wand blijkt te zijn van een twee luciferkopgrote, elders door een dunne vliezige wand bedekte cyste. Naast dit cystetje blijken zich nog enkele dergelijke, kleinere dunwandige cystetjes te bevinden.

Bij microscopisch onderzoek vinden we een multiloculaire cyste, bekleed met plaveiëpitheel, dat op verschillende plaatsen een aanduiding van parelvorming toont en elders verschillende papilletjes met enigszins losmazig reticulair gebouwd epitheel. Plaatselijk is het gerekt, dun en slechts 2-3 cellagen dik; op de meeste plaatsen evenwel minstens 5 cellagen dik. Deze cystetjes zijn omgeven door enig fibreus weefsel. Aan een zijde ligt een groter gebied van deels sterk doorbloed, vaatrijk fibreus weefsel. Bij dieper snijden, blijkt dit zich voort te zetten tot onder het gingivaepitheel. Er ligt enig, plaatselijk veel losmaziger granulatiweefsel en rondcelinfiltraat in en van enkele wijde vaatjes is het endotheel sterk gezwollen met vorming van reuscelletjes, die ook in groepjes verspreid worden aangetroffen. Het is ons niet gelukt hier vreemdlichaamsmateriaal aan te tonen. Wel ligt tegen dit weefsel aan een zijde een stukje jong botweefsel met basofiele kleur met osteoidzoompjes. Het gingivaepitheel in de buurt van de plaats, waar de ontsteking het oppervlak bereikt, toont enige verlenging van gingivapapillen. Elders is het geheel normaal en liggen zelfs tussen de cystetjes en het oppervlak enkele geheel intacte gemengde klier-tjes. We voelen veel voor de opvatting in de literatuur dat deze *cystes (multiloculares) gingivalis* van traumatische oorsprong zouden zijn. De histologische dokumentatie van de bedoelde artikelen laat wel het een en ander te wensen over; m.n. vinden we nergens het voorkomen van multiloculaire cysten beschreven. Dit is evenwel bij traumatische epitheelcysten van de huid herhaaldelijk beschreven. Het feit, dat de ontsteking zich tot onder het mondepitheel voortzet en dat er reuscelreactie is, pleiten voor deze opvatting. Of het stukje bot afkomstig is van de rand van de perforatieopening van de alveoluswand is uiteraard histologisch niet uit te maken: waarschijnlijk echter is dit wel zo en in dat geval zal het fibreuze granulatiweefsel met reuscelreactie ter plaatse van de resorptie van het bot

liggen. Een genese uit celhaardjes van Malassez lijkt ons gezien de lokalisatie en het gehele histologische beeld onwaarschijnlijk.

Er zijn geen tekenen van maligniteit. Tot zover het pathologisch anatomisch verslag.

Het bovenstaande ziektebeeld lijkt het meest op een *gingivacyste*. Deze afwijking ontstaat onder de gingiva en kan door toename in grootte de processus alveolaris bereiken. Er wordt bij de gingivacyste een klinische zwelling opgemerkt.

Eventueel is een *laterale periodontale cyste* mogelijk. Deze afwijking ontstaat in het interdentale septum. Qua ligging wordt gesproken van een laterale periodontale cyste. De afwijking is veelal een toevalsvondst bij het röntgenologisch gebitsonderzoek. (28)

#### *Literatuur*

Bij het onderzoek van de literatuur bleek, dat de gingiva- en laterale periodontale cyste zeldzame afwijkingen zijn.

Wij vonden slechts veertien vrij goed beschreven gevallen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten met deze cysten bedroeg zeven en veertig jaren, acht van hen waren vrouwen en vijf mannen. In één geval was het geslacht niet vermeld, terwijl van zeven patiënten werd aangegeven dat zij negers waren.

Belangrijk is, dat van de *veertien gevallen, de cysten elf maal voorkwamen in de CP<sub>1</sub>is streek*.

De verdeling der cysten was als volgt: vier gingiva- en zeven periodontale cysten. Bij drie gevallen was de afwijking zowel gelokaliseerd onder de gingiva, als in het bot.

Bij histologisch onderzoek werden in alle gevallen cysten gezien bekleed met plaveisel-epitheel. Vijfmaal vertoonden de cystewanden verdikkingen, epitheelhyperplasieën. In de veelal spaarzame histologische beschrijving werd hierover weinig vermeld. De microfoto's waren op dit punt meestal evenmin erg duidelijk.

Een samenvatting van de, in de literatuur gevonden gegevens, geeft de tabel.

## Overzicht van gepubliceerde gevallen

254

Geval	1	2	3	4
leeftijd	64	52	± 45	59
geslacht	mn	vr	vr	vr
ras	neger	neger		neger
elementen	P <sub>1</sub> P <sub>2</sub> inf.	I <sub>2</sub> C inf.	CP <sub>1</sub> inf.	CP <sub>2</sub> inf.
vitaliteit	+	+(?)	?	+
pockets	—	—	?	—
ontbrekende elementen	+	+	?	++
Klinische ontsteking	—	—	?	—
Klinische zwelling	—	—	?	—
aard x-beeld	rond	ovaal	ovaal	rond
histologisch beeld	epitheel cyste	epitheel cyste	epitheel cyste	epitheel cyste
wandproliferaties	—	+	+	—
publicatie	Standish Shafer	idem	idem	idem
conclusie	periodontaal cyste	per. cyste	per. cyste	per. cyste
bijzonderheden		viciu cordes, vroeger mandibula fractuur gehad.	histologisch: infiltraat rondom de cyste.	

Geval	5	6	7	8
leeftijd	41	30	?	52
geslacht	mn	mn	?	mn
ras	neger			
elementen	CP <sub>1</sub> inf.	P <sub>2</sub> M <sub>1</sub> sup.	P <sub>1</sub> sup.	CP <sub>1</sub> inf.
vitaliteit	+	+	+	+
pockets	—	—(?)	—	++!
ontbrekende elementen	—	?	+	—
klinische ontsteking	±	—	—	—
klinische zwelling	+	+	—	—
aard x-beeld	—	?	rond, door lamina dura omgeven	rond
histologisch beeld	epitheel cyste	epitheel cyste	epitheel cyste	epitheel cyste
wandproliferaties	+	?	?	?
publicatie	Standish Shafer	Kennedy	Mezrow	Cross
conclusie	gingivacyste	gingivacyste	per. cyste	per. cyste met pocket
bijzonderheden	in het operatiebeeld een duidelijk glad resorptie- kuiltje in het bot, bij de cuspidaat. Histologisch een meerkamerige cyste, ook microcysten.	een kleine blauwachtige niet drukpijnlijke, fluctuerende zwelling. Een resorptiekuiltje in het bot. P.A.: 'epithelial inclusion cyst of the gingiva'.	inhoud cyste: bindweefsel. Vage pijnklachten.	duidelijke communicatie met pocket. Dus nu een periodontale cyste met een duidelijke oorzaak. Ontwikkeling tot een parodontaal absces niet uitgesloten.

Geval	9	10	11	12
leeftijd	40	60	38	43
geslacht	mn	vr	vr	vr
ras		negerin	negerin	negerin
elementen	CP <sub>1</sub> inf.	CP <sub>1</sub> inf.	CP <sub>1</sub> inf.	CP <sub>1</sub> inf.
vitaliteit	+	+	+	?
pockets	-	-	+	?
ontbrekende elementen	?	diasteem tussen de CP <sub>1</sub> inf.	diasteem tussen de CP <sub>1</sub> inf.	?
klinische ontsteking	-	-	-	-
klinische zwelling	+	+	-	+
aard x-beeld	rond	horizontaal	rond, ver naar apicaal	-
histologisch beeld	epitheel cyste	epitheel cyste	epitheel cyste	epitheel cyste
wandproliferaties	—(?)	?	+	-
publicatie	Holder, Kunkel	Bhaskar, Laskin	Bhaskar, Laskin	Bhaskar, Laskin
conclusie	gingivo per. cyste	gingivo per. cyste	per. cyste	gingivale cyste
bijzonderheden	in vier jaren is de (klinische) zwelling ontstaan, een botdefect is palpabel. In het operatiebeeld gladde botranden.	1 cm grote zwelling, langzaam groeiend, ± 6 mnd aanwezig. 2 mnd pijnlachten aanwezig. Mucosa over de zwelling glad, dun, blauwachtig, fluctuatie aanwezig. Histologisch epitheel cyste los v. d. mucosa, verkalkings- hardjes zichtbaar.	bij routine-onderzoek gevonden. Wel pocket aanwezig, geen communicatie. Na extractie P <sub>1</sub> inf. geen communicatie. Mucosa los v. d. cyste. De zwarting is niet scherp.	pijnloze ½ cm grote zwelling in de gingiva. Circa 1 jaar aanwezig, langzaam groeiend. Mucosa dun en blauwachtig. De cyste ligt geheel in de weke delen.



Geval	13	14
leeftijd	49	44
geslacht	vr	vr
ras		
elementen	CP <sub>1</sub> inf.	CP <sub>1</sub> inf.
vitaliteit	+	+
pockets	?	?
ontbrekende elementen	?	?
klinische ontsteking	—	—
klinische zwelling	+	+
aard x-beeld	—	het periodontium rond de gehele cuspidaat.
histologisch beeld	epitheel cyste	epitheel cyste
wandproliferaties	—	+
publicatie	Rickles, Everet	Rickles, Everet
conclusie	gingiva cyste	gingivo per. cyste
bijzonderheden	pijnloos, blauwgrijs, linguaal zwellinkje, ± 3 mm groot. Fluctuatie. Histologisch is een corpus alienum aanwezig, tevens groepjes vrijliggende epitheelcellen. Cyste geheel in de weke delen.	Cystewand van plavei-epitheel met wandproliferaties, vele microcysten. Circa ½ cm groot. Een pijnloze, buccale zwelling die contact heeft met de intra-ossale zwelling door een duidelijke perforatie. Klinisch een fluctuerende zwelling. Histologisch werden kenmerken van een adeno-adamantinoom gevonden.

*Etiologie en voorkomen*

1. de laterale periodontale cyste,
2. de gingivacyste,
3. de cyste zowel voorkomend in het bot als (onder de) gingiva.

1. *De laterale periodontale cyste*

Wanneer we op de röntgenfoto een kleine zwarting opmerken in het interdentale septum en voor de aanwezigheid van deze afwijking geen duidelijke dentogene oorzaak is aan te geven, hebben we te doen met een laterale periodontale cyste.

De zwarting kan rond, ovaal of peervormig zijn en ligt over het algemeen vrij ver naar cervicaal. (Onwillekeurig dringt zich een vergelijking met de globulomaxillaire cyste op).

De buurelementen, vaak de C en P<sub>1</sub>is, zijn vitaal en de gingiva vertoont geen pockets.

Door de ligging komt deze kleine cyste in contact met het periodontium, maar een wezenlijk verband hiermee is niet aangetoond.

Theoretisch is het ontstaan van deze cyste uit de epitheelcellen van Malassez voorstelbaar. In ieder geval zijn voldoende (epitheel) cellen in de periodontaalspleet aanwezig. Uit een uitgebreid onderzoek in de Duitse literatuur bleek, dat bij 102 elementen, in alle gevallen in de periodontaalspleet vrije epitheelcellen voorkwamen. Bij oudere personen neemt het aantal van deze cellen af. (17, 18, 19, 21).

Het is merkwaardig dat het merendeel van de laterale periodontale cysten en gingivacysten, voorkomt bij de cuspidaat in onderkaak. Zo de cyste qua genese met het periodontium te maken heeft, doet zich de vraag voor of een prikkeling van epitheelcellen door een kauwtrauma een rol speelt. (37). Bij een volgend geval zullen wij meer aandacht aan kauwgewoonten, occlusie en articulatie moeten besteden.

Een niet apicaal gelegen cyste in het periodontium, veroorzaakt door een *ontsteking*, is een andere afwijking. Hierop werd gedoeld op bladz. 249 bij de beschrijving van de ziektegeschiedenis.

Een laterale *radiculaire* cyste bij een laterale kanaaluitmonding van de P<sub>1</sub>is, zou een grotere botresorptie gegeven hebben, bij een dergelijke klinische zwelling.

Het *laterale granuloom* (zie ook de differentiaal diagnose), zou de persisterende cysteuze afwijking niet kunnen verklaren.

Het zal duidelijk zijn, dat een laterale cyste veroorzaakt door een pocket, gemakkelijk kan veretteren en zich als een *parodontaal absces* kan manifesteren. (5, 10, 25, 31). Zie geval 8 in de tabel.

## 2. *De gingivacyste*

De gingivacyste ligt geheel in de weke delen, maar kan door toename in grootte het onderliggende bot resorberen. Twee gevallen van gingiva cysten zijn bekend, waarbij resorptiekuiltjes in het bot voorkwamen, zonder dat daarbij het periodontium werd bereikt, zoals dat in ons geval geschiedde. Zie de tabel, geval 5, 6.

Voor het ontstaan van deze cyste zijn de volgende punten aan te geven:

- a. uit vrije epitheelcellen in de subgingiva,
- b. ontwikkeling uit een bestaande microcyste,
- c. vanuit een pathologische gingivamucosa,
- d. vanuit traumatisch ingeponsd epitheel.

a. Onder de normale gingivamucosa komen vrije epitheelcellen voor. Het is mogelijk, dat wij hier te maken hebben met resten van de lamina dentalis, die bij de tandontwikkeling een belangrijke rol speelt.

Het is ook mogelijk, dat dit vrije epitheel heterotopisch klierepitheel is. (24) Proliferatie van deze epitheelresten onder invloed van een onbekend agens zou kunnen leiden tot cystevorming.

b. Uit een Engels onderzoek (26) is duidelijk gebleken, dat in de foetale weefsels frequent cysten voorkomen. Deze cysten groeien aanvankelijk mee, maar worden na de 6-de foetale maand overgroeid door de omliggende weefsels. De resterende cysten kunnen later weer tot ontwikkeling komen. (31).

c. Bij een gingivitis komen aan de epitheellaag nogal eens verlengde papillen voor. Deze papillen zouden geïsoleerd kunnen raken en een cysteuze degeneratie ondergaan. Ook losgeraakte cellen van een dergelijke papil kunnen hetzelfde beeld geven. (12, 22).

Bij een gingivitis worden in het epitheel vaak hoornparels gezien. Bij onze patiënt bestond er geen ernstige gingivitis. Het histologische beeld van de gingiva vertoonde duidelijk diverse hoornparels.

d. Het ontstaan van een gingivacyste uit traumatisch naar binnen verplaatst epitheel wordt vaak aangegeven. (3, 22, 23, 31).

Merkwaardig is, dat na de talloze operaties in de mond deze cysten niet gezien worden.

Wel schijnen kleine cysten voor te komen bij littekenweefsel. (22).

Misschien is het ontbreken van een chronisch trauma de oorzaak, dat de cystevorming uit dit verplaatste epitheel niet tot stand komt. De epidermoidale huidcyste zou onder andere uit ingeponsd epitheelcellen ontstaan. Deze cysten komen voor aan de vingers van naaisters, aan de handen van werklieden en bij mensen die veel op blote voeten lopen. (1, 6, 16). Hier is een chronisch prikkelend trauma wel aanwezig.

Bovendien kan deze huidcyste ook ontstaan uit epitheelpapillen of cellen daarvan en uit talgklierepitheel. (6).

Bij het vergelijken van de gingiva- met de epidermoidale cyste moeten we ons realiseren, dat aan de huid haren, zweetklieren en talgklieren voorkomen en verder, dat er een aanzienlijk verschil in hoornvorming bestaat. (16). Het moet ons dan ook niet verwonderen, dat de epidermoidale cyste niet hetzelfde histologische beeld vertoont als de gingivacyste, ook al zou hun ontstaanswijze dezelfde zijn.

Uit een Amerikaans onderzoek blijkt, dat kleine cysten onder de mucosa van de mond aanwezig kunnen zijn. (24).

Het betreft hier een onderzoek van 350 gingivabiopsieën, waarbij zes maal kleine cysten werden gezien in het histologische beeld. Het is hierbij niet uit te maken of het bedoelde subgingivale epitheel afkomstig is van een geïsoleerde papil, van embryologische epitheelresten of van ingeponde epitheelcellen.

Van een bolletje van dergelijke epitheelcellen kunnen een aantal opzwellen en vervallen en er ontstaat centraal een holte. Feitelijk is dit hetzelfde beeld als bij de intraepitheliaal ontstane cyste in het granuloom (18), alleen de omringende ontsteking is veel geringer.

### 3. De cyste zowel voorkomend in het bot als onder de gingiva

In dit geval zijn er twee mogelijkheden:

*a. de periodontale cyste*, aanvankelijk alleen een afwijking op de röntgenfoto gevend, breidt zich uit en resorbeert de corticale botlaag, overeenkomstig de cystegrootte. Daarna ontstaat een klinische zwelling, met op de X.foto een ruime botresorptie. (geval 9, 10 van de tabel).

De periostlaag moet, *door* de cyste naar buiten geduwd, onder de mucosa aan te treffen zijn.

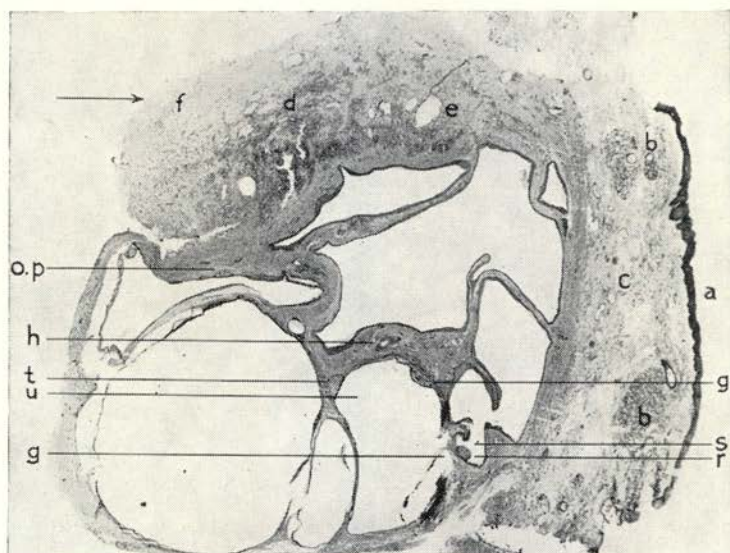
*b. de gingivacyste*, groeiend van een kleine, klinisch waarneembare zwelling tot een grotere cyste, bereikt de processus alveolaris en veroorzaakt een drukresorptie. In het operatiebeeld kan een resorptiekuiltje zichtbaar zijn. (geval 5, 6 van de tabel, in de literatuur 31, 14).

Bij verder toename in grootte wordt de corticalis geheel geresorbeerd. (geval 9, 10 van de tabel).

Het periost moet *onder* de cyste aan te treffen zijn en kan in verbinding komen met het periodontium van een naburig element. Ons geval lijkt hier veel op.

### *Histopathologie*

De overzichtsfoto (afb. 4) laat een meerkamerige cyste zien, die niet de in-



Afb. 4, H.E., 18 maal

de meerkamerige cyste, waarvan de wand varieert van sterk afgeplat epitheel tot meerlagig plavei-epitheel. Het slijmvlies *a* is een mucosadeel, waaronder twee slijmklieren *b* te zien zijn. Deze liggen in een goed doorbloed gebied *c*, dat ook boven de cyste te zien is *d* en waarin talrijke verwijde bloedvatjes voorkomen. *e*. Daarboven ligt een fibreus gebied *f*, dat zich voortzet naar de gingiva, die op deze foto niet te zien is.

De cystewand vertoont diverse hyperplasiën *g*, die in de afb. 7 en 8 vooral tot hun recht komen.

Er zijn enige groepjes vrijliggende epitheelcellen te zien. *h*.

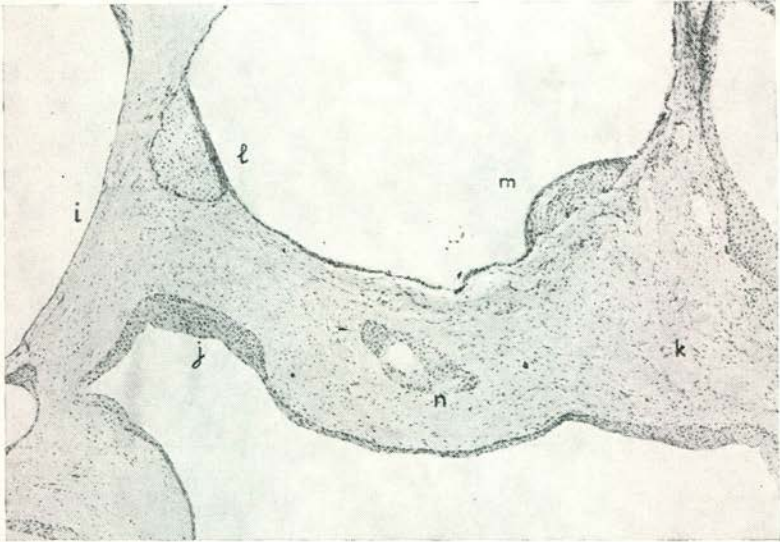
druk geeft uit twee lobben te bestaan. Evenmin wordt dit in andere coupes (andere snijrichtingen) gezien. Met andere woorden, er bevindt zich geen tweede cystedeel, uitlopend in de perforatie van de buccale botlamel.

Waarschijnlijk werd bij het verwijderen van de hoektand de weefsellaag rondom de cyste stuk getrokken en daarmee de cystewand beschadigd, zodat de inhoud vrijkwam.

Het niet voorkomen van een twee-lobbige cyste duidt sterk op het subgingivale ontstaan. Daarbij moeten we het periost onder de cyste kunnen aantreffen. In het histologische beeld zijn daar inderdaad aanwijzingen voor.

Geval nr. 14 (zie tabel), vertoont histologisch ongeveer hetzelfde beeld als afb. 4. De epitheliale activiteit in geval nr. 14 is evenwel groter. De aanwezigheid van wandproliferaties en het voorkomen van microcysten wijst hierop. (33).

De beschrijvers van dat geval zien voorts meer vrije epitheelcellen in de



Afb. 5, H.E., 80 maal

Het verschil in cystewand is goed zichtbaar, *i* en *j*. Het weefsel tussen de cystewanden vertoont veel goedgevulde bloedvaatjes *k*. Twee wandproliferaties *l* en *m*. De eerste, *l* vinden we terug in afb. 8. Een groepje epitheelcellen *n* met centraal een lumen.



Afb. 6, H.E., 80 maal

Vrije epitheelcellen bij *o*, liggend vlak bij een kleine wandproliferatie *p*. Bij *q* zien we een kleine cyste. Zie ook afb. 4.

cysteomgeving en uit deze min of meer losmazig samenhangende cellen zien zij *microcysten ontstaan*. Dit histologische beeld doet hen sterk herinneren aan het *adeno-adamantinoom*. (33, 34, 3, 8, 2, 11).

Zij beschrijven de vrije epitheelcellen als odontogeen-achtig.

Ongetwijfeld is deze vergelijking met deze epitheliale tumor interessant. Het adeno-adamantinoom is een zuiver benigne en zeldzame tumor, die voornamelijk op vrij jeugdige leeftijd voorkomt, tussen 20 en 30-jarige leeftijd. In de ventrale kaakgedeelten schijnt de tumor meer voor te komen. Het adeno-adamantinoom vertoont vaak cysten en gaat nogal eens samen met een niet doorbroken element (bovencuspidaat).

De benaming *adeno-adamantinoom*, slaat op het voorkomen van vele klierbuisachtige structuren in het histologisch beeld.

Eigenlijk zien we hier het omgekeerde als bij een *adamantinoom*, waarbij immers in de epitheelgroepjes centraal een imitatie van de glazuurpulpa (bij de tandontwikkeling) voorkomt. (7, 8, 11, 36). Bij het *adeno-adamantinoom* is dit reticulum stellare juist buiten de epitheelbuisjes te zien.

RICKLES en EVERET baseren hierop hun vergelijking met adeno-adamantinoom.

In ons geval wordt niet een dergelijke epitheliale activiteit gezien. Wel komen vrije epitheelcellen voor, zie de afb. 4, 5, 6, maar deze vormen één groepje cellen. Een dergelijk epitheelbolletje kan centraal een lumen vertonen, zodat het ontstaan van een nieuwe cyste hieruit voorstelbaar is. (Afbeelding 5, 6).

In de gepubliceerde gevallen, zie overzicht, worden wandproliferaties zowel bij de periodontale- als gingivale cysten gezien. (afb. 7, 8).

Nu vertonen cystewanden vaker proliferaties, speciaal als een chronische ontsteking aanwezig is. (2, 9).

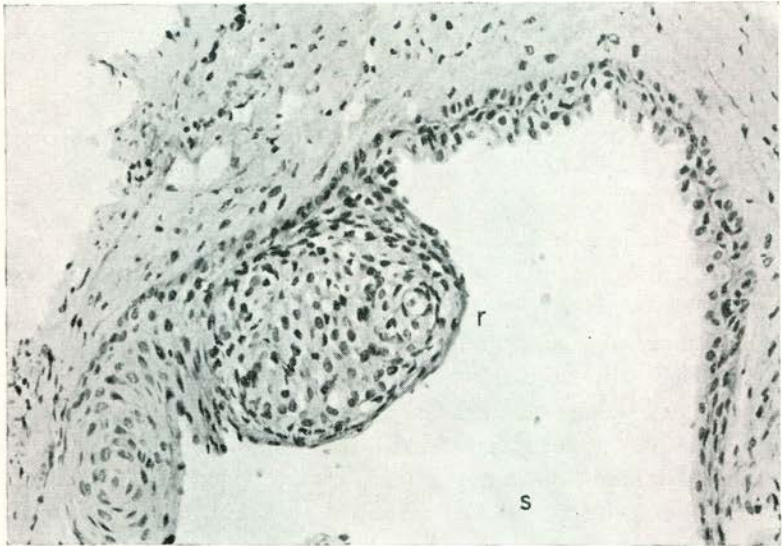
Ook is bekend, dat het overwegend plavei-epitheel van kaakcysten metaplasieën kan vertonen naar klierepitheel met slijmproducerende cellen of trilhaarepitheel. Ook het overgaan in talgklierepitheel moet niet uitgesloten zijn. (11, 36).

Een preparaat van onze cyste werd door bemiddeling van prof. HADDERS, gezonden naar prof. RANNIE (New Castle upon Tyne), die door de aard van het epitheel der hyperplasieën enigszins werd herinnerd aan talgklieren en het verband hiermee niet geheel wilde uitsluiten.

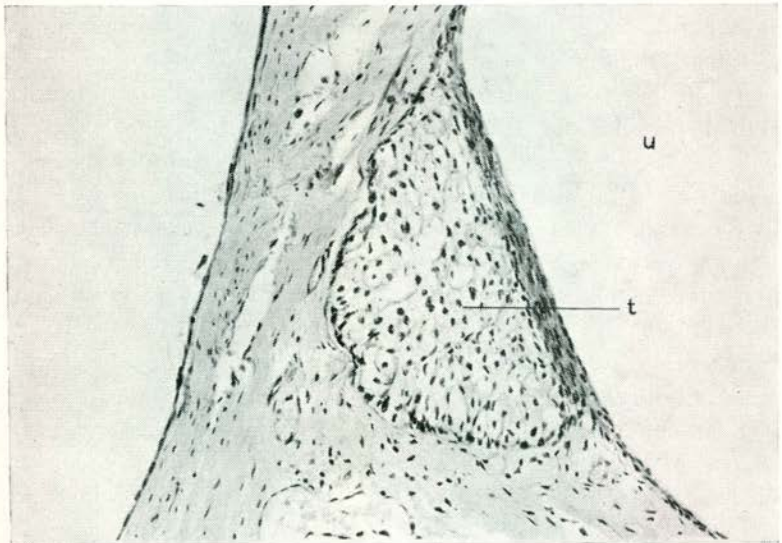
In ieder geval is het merkwaardig, dat beide cysten wandproliferaties kunnen vertonen.

Ontstaan deze cysten uit hetzelfde epitheel? (23).

Of aan de genoemde wandverdikkingen een betekenis moet worden toegekend is niet te zeggen.



Afb. 7, H.E., 200 maal  
Wandproliferatie *r* en cystelumen *s*. In afb. 4 met dezelfde letters vermeld.



Afb. 8, H.E., 200 maal  
Wandproliferatie *t* en cystelumen *u*. Zie ook afb. 4. De wandproliferatie bestaat uit grote cellen met een helder cytoplasma.



*Differentiaal diagnose*

- a. de residuale folliculaire cyste,
- b. de residuale radicaire cyste van het melkgebit en qua röntgenbeeld,
- c. het laterale granuloom,
- d. het cementoom.

a. de folliculaire cyste ver naar ventraal in de mandibula wordt weinig gezien. Wanneer normaal doorgebroken elementen aanwezig zijn, lijkt dit punt a. onwaarschijnlijk, hoewel het in de literatuur nogal eens vermeld wordt. (31, 34).

b. radicaire cysten van het melkgebit zijn zeldzaam. Een achtergebleven cyste van dit soort dus zeker.

Een radicaire cyste ontstaan in samenhang met achtergebleven radices van het melkgebit, kan ook voorkomen. Deze radices kunnen na onvolledige resorptie of na extractie achterblijven. Deze laatste cyste kan een verrassende overeenkomst vertonen met de laterale periodontale cyste. (30).

c. het onderscheid is eenvoudig. Hebben we te doen met een laterale zwarting bij een element met een nonvitale pulpa, dan moeten we wel aannemen, dat er een lateraal kanaal bestaat. De inhoud van dat kanaal kan een afweerreactie veroorzaken in de vorm van een chronisch granulerende ontsteking.

Van de laterale kanalen zijn alleen de grotere op de X.foto zichtbaar. (29, 35). Histologisch onderzoek toont dit aan. Ook moet rekening gehouden worden met een kunstmatig veroorzaakte laterale kanaaluitmonding.

Verder lette men op de aanwezigheid van een pocket en qua röntgenbeeld op het verband tussen zwarting en periodontalspleet.

Uit het eerder genoemde onderzoek over granulomen (17, 18, 19) werd de verhouding apicaal: lateraal granuloom aangegeven als 16 : 1.

Tot slot zij nog opgemerkt, dat het laterale granuloom voorkomt bij de kanaaluitmonding. De laterale periodontale cyste komt vooral interdentaal voor.

d. het cementoom is een zeldzame afwijking. In principe kan een cementoom, in het fibroblasten stadium, lateraal liggend, röntgenologisch hetzelfde beeld geven. (38).

*Samenvatting*

Beschrijving van een geval van een gingivacyste. Het is niet altijd mogelijk deze afwijking te onderscheiden van de laterale periodontale cyste.

Beide cysten zijn, gezien het gering aantal publicaties vermoedelijk zeldzaam.

Speciaal wordt gewezen op een publicatie van RICKLES en EVERET.

Deze schrijvers zagen histologisch een aanduiding van een adeno-adamantinoom in één hunner gevallen.

Een nauwkeurig onderzoek van nieuwe gevallen is gewenst. Getracht is alle belangrijke punten hierover in dit artikel aan te geven.

Speciaal van belang zijn:

de relatie van de periodontale cyste ten opzichte van het periodontium en periost, de ligging van de gingivacyste ten opzichte van het periost.

In beide gevallen is het noodzakelijk de afwijking geheel te verwijderen, waarna pathologisch-anatomisch onderzoek niet achterwege mag blijven.

### *Summary*

A case of a gingival cyst has been described. It is not always possible to distinguish this pathological condition from the lateral periodontal cyst.

From a review of the literature both cysts appeared to be rarely encountered.

Special attention is given in this article to a publication by RICKLES and EVERET. In one of their two cases described by these authors histological investigation proved a relationship with a adeno-adamantinoma.

In our case this connection was not found.

In regard to the aetiology it is important to pay attention to the relationship of both types of cysts and the periostium and periodontal membrane.

Both cysts should be enucleated and examined histologically.

Voor het overleg met het pathologisch-anatomisch laboratorium zijn wij dank verschuldigd aan prof. dr. H. N. HADDERS en dr. L. A. SCHERPENISSE.

Onze erkentelijkheid tevens voor het vervaardigen van de micro-foto's aan dr. J. WACHTERS.

Voor het maken van de overige fotografieën en het typen van het manuscript onze dank aan de heer W. LANGE en Mevr. A. v. D. HEIDE-GROOTES.

### *Literatuur.*

1. BAILEY and LOVE (1962). A short practice of surgery, Lewis, London, blz. 153.
2. BERNIER, J. L. (1960). Atlas of tumor pathology, section 4, fascicle 10 A, Armed Forces Institute of Pathology, blz. 25 e.v., 107.
3. BHASKAR, S. N. (1961). Synopsis of oral pathology, C.V. Mosby Comp., St. Louis, blz. 163, hoofdstuk 10, 11.
4. BHASKAR, S. N., LASKIN, D. M. (1955). Cysts of the gingiva, Oral Surg. Med. Path., 8: 803.
5. BLACKMAN, S. (1959). Atlas of dental and oral roentgenology, Wright & Sons, Bristol, fig. 359, 363 t/m 366, 612.
6. BOYD, W. (1961). A textbook of pathology, Lea and Febiger, Philadelphia, blz. 1342.
7. CARR, B. M., MOHNAC, A. M. (1962). Simple ameloblastoma within a follicular cyst of the maxilla, Oral Surg. Med. Path., 15: 1136.
8. CINA, M. T., DAHLIN, D. C., GORES, R. J. (1961). Odontogenic tumors, Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, 36: 664.

9. CHURCHILL, H. R. (1934). Histologic differentiation between certain dentigerous cysts and ameloblastomata, *Dental Cosmos*, 76: 1173.
10. CROSS, W. G. (1954). Lateral periodontal cyst, *The Journal of Periodontology*, 25, 287.
11. GORLIN, R. J., CHAUDREY, A. P., PINDBORG, J. J. (1961). Odontogenic tumors, *Cancer*, 14: 73.
12. HODSON, J. J. (1954). Cysts of the gingiva. *J. D. Research*, 33: 732.
13. HOLDER, T. D., KUNKEL, P. W. (1958). Case report of a periodontal cyst *Oral Surg. Med. Path.*, 11: 250.
14. KENNEDY, D. J. (1957). Gingival cyst, *Journal of Oral Surgery*, 15: 250.
15. KRONFELD (1955). *Histopathology of the teeth*. Kimpton, London, blz. 519.
16. KRÜGER, E. (1960). Ein epithelioma adenoides cysticum der Unterlippe, ausgehend von versprengten Epithelkeimen, *Zentr. Bl. Alg. Path. und Path. An. Bd. 100*, blz. 327.
17. KRÜGER, E. (1961). Die paradentale Zysten in den Granulomen seitlicher Wurzelkanalabzweigungen, *D.Z.M.K.*, 36: 20.
18. KRÜGER, E. (1961). Das Epithel im apikalen Granulom, *D.Z.M.K.*, 35: 97.
19. KRÜGER, E. (1961). Vergleichende röntgenologische und histologische Studien am apikalen Parodontium pulpentoter Zähne, *D.Z.Z.*, 6: 453.
20. MEZROW, R. R. (1950). Case report of a paradental cyst, *J.A.D.A.*, 41: 77.
21. ORBAN, B. (1944). *Oral histology and embryology*, C.V. Mosby Comp., St. Louis, blz. 181, e.v.
22. RAMFJORD, S. (1953). The histopathology of inflammatory gingival enlargement, *Oral Surg. Med. Path.*: 534.
23. RICKLES, N. H., EVERET, F. G. (1960) Gingival and lateral periodontal cysts, *Parodontologie*, 14: 41.
24. RITCHEY, B., ORBAN, B. (1953). Cysts of the gingiva, *Oral Surg. Med. Path.*, 6: 765.
25. ROBINSON, M. B. G., KOCH, W. E., KOLAS, S. (1956). Radiographic interpretation of oral cysts, *Dental Radiogr. and Photogr.*, 29: 61.
26. SCOTT, J. H., (1955). Early development of oral cysts in man, *Brit. D.J.*, 98: 109.
27. SCOTT, J. H., SYMONS, N. B. (1952). *Introduction of dental anatomy*, Livingstone, Edinburgh and London, hoofdst. 7, 8, 9.
28. SHAFER, W. G., HINE, M. H., LEVY, B. M. (1961). *Oral pathology*, Saunders, Philadelphia and London, blz. 179.
29. SONNABEND, E. (1958). *Das Röntgenbild in der zahnärztlichen Praxis*, R. Pflaum, Verlag, München, blz. 59.
30. STAFNE, E. C. (1958). *Oral roentgenographic diagnosis*, Saunders, Philadelphia and London, hoofdst. 12.
31. STANDISH, S. M., SHAFER, W. G. (1958). The lateral periodontal cyst, *The Journal of Periodontology*, 29: 27.
32. STONES, H. H. (1954). *Oral and dental diseases*, Livingstone, London, blz. 804 e.v.
33. THOMA, K. H., GOLDMAN, H. M. (1960). *Oral pathology*, C.V. Mosby Comp., St. Louis, blz. 783 e.v., 809 e.v.
34. THOMA, K. H., ROBINSON, H. B. G. (1960). *Oral and dental diagnosis*, Saunders, Philadelphia and London, blz. 448 e.v.
35. WARD, G. E., HENDRICK, J. W. (1950). *Tumors of the head and neck*, The Williams and Wilkins Comp., Baltimore, blz. 311.

36. WILLIS, R. A. (1962). The borderland of embryology and pathology, Buttersworth, London, blz. 259-275.
37. WUNDERER, S. (1956). Die intermediären Granulome des Parodontiums, Z. Stomat. Oesterr., 53:415.
38. ZEGARELLI, E. V., KUTSCHER, A. H. (1961). The cementoma, Dental Radiogr. and Photogr., vol. 34, nr. 4.

Paterswoldseweg 59  
Groningen