

UNILATERALE NEUSOBSTRUCTIE TEN GEVOLGE VAN EEN DENTOGENE CYSTE

L. KUIPER, kaakchirurg
R. N. KOPPEN, K.N.O.-arts

Uit de Jan van Goyenkliniek te Amsterdam.

Trefwoorden: Mondziekten en kaakchirurgie – Folliculaire cyste – Neusobstructie

1. Inleiding

Folliculaire cysten zijn geen abnormaal verschijnsel in de boven- en onderkaak. Ze komen relatief vaker voor in de onderkaak en worden in het algemeen bij kinderen en adolescenten, soms ook bij volwassenen aangetroffen, bij mannen twee maal zo vaak als bij vrouwen.¹ De röntgenfoto toont een goed begrensde uniloculaire lucentie verbonden met de kroon van een gebitselement; meestal de M₃ inferior en de C superior.²

2. Ziektegeschiedenis

Patiënt H., een 33-jarige musicus, bezocht op 25 januari 1984 de K.N.O.-polikliniek met klachten over een chronisch gestoorde neuspassage, in het algemeen zonder hoofdpijnklachten. Aanvankelijk waren er ook niesbuien geweest. In 1977 was voor deze klachten de diagnose gesteld op chronische allergische rhinitis op basis van een huisstofatopie. Op X-foto's van de neusbijholten werden destijds geen afwijkingen gezien.^{*)} Gedurende drie jaar is de patiënt gedesensibiliseerd voor huisstof zonder het gewenste resultaat. De laatste jaren was de neuspassage nog slechter geworden dan voorheen, waardoor problemen met de nachtrust ontstonden.

2.1. K.N.O.-onderzoek

Bij het K.N.O.-onderzoek bleek bij rhinoscopia anterior het neusslijmvlies beiderzijds enigszins livide gekleurd en gezwollen; de linker neusgang was echter beduidend meer verstopt dan de rechter. Na medicamenteuze decongestie van de linker neusgang bleek er een bolronde, onder het slijmvlies als benign imponerende zwelling van de neusbodem te bestaan. Hierdoor was de concha inferior ongeveer 2/3 cm naar craniaal en enkele millimeters naar mediaal verplaatst waardoor deze neusgang vrijwel werd afgesloten. Het neusseptum stond vrijwel mediaan met een smalle basiscrista links. Bij rhinoscopia posterior was het beeld niet zo zeer afwijkend: beide conchastaarten waren ongeveer symmetrisch licht gezwollen. Er was voorts sprake van een lichte pharyngitis; het overige spiegelonderzoek leverde geen



Afb. 1. Frontale planigrafie; het overtallige gebitselement is zichtbaar ter plaatse van de bodem van de linkerkaakholte (pijl).

afwijkingen op.

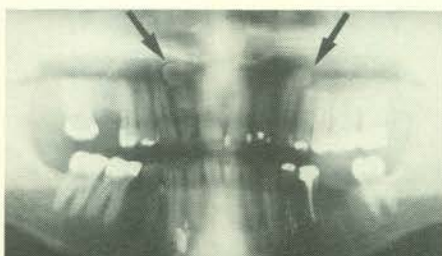
Bij röntgenonderzoek van de neusbijholten (P. M. Docter, Stichting Ziekenhuis Amstelveen) bleek de linker sinus maxillaris geheel gesluit; ook het linker ethmoid was verminderd luchthoudend.

Bij frontale planigrafie bleek zich een extra gebitselement af te tekenen ter plaatse van de bodem van de linker kaakholte (afb. 1). De sinus maxillaris was geheel opgevuld door een homogene massa, die de benige mediale sinuswand c.q. laterale neuswand ten dele gedeestruerd en naar mediaal had verplaatst. De overige wanden van de linker sinus maxillaris bleken intact te zijn. In verband met de röntgenologische bevindingen werd besloten eerst onderzoek van de mondholte te verrichten.

2.2. Onderzoek van de mond

Intra-oraal onderzoek leverde geen aan-

Afb. 2. Orthopantomogram; de beide overtallige elementen in de bovenkaak zijn met een pijl aangegeven.



Samenvatting:

De ziektegeschiedenis van een patiënt met unilaterale obstructie van de neus wordt behandeld. De neusobstructie was jarenlang behandeld op verdenking van een allergische rhinitis. Er blijkt sprake te zijn van een folliculaire cyste, ontstaan uit de tandfollikel van een overtallig element.

De differentiële diagnostiek van aandoeningen in de sinus maxillaris wordt besproken; met nadruk wordt gewezen op het belang van onderzoek van de mondholte.

knopingspunten op: 28 was niet zichtbaar, de overige gebitselementen in de linker bovenkaak wel en buiten verdenking. Het orthopantomogram toonde zowel in de bovenkaak links als rechts een extra tandaanleg, gesitueerd ter plaatse van de apices van de cuspidaat en eerste premolaar. Aan de linkerzijde was de extra tand omgeven door een radiolucentie, die zich naar mesiaal had uitgebreid en die naar distaal vloeiend overging in de sinus maxillaris. Het rechter extra gebitselement had geen pathologische reactie veroorzaakt (afb. 2). Op grond van dit röntgenbeeld was de hypothese, dat er sprake was van een folliculaire cyste die zich in de linker sinus maxillaris had uitgebreid.

2.3. Therapie

Onder algehele anesthesie werd de linker sinus maxillaris via een Caldwell-Luc-benadering geëxploreerd. De cystebalg, die werd aangetroffen, liet zich gemakkelijk via een 1 × 1 cm groot ostium uit de sinus maxillaris losprepareren, waarna de cyste kon worden geëxtripeerd. Tevens werd de extra tand verwijderd. Het rechter overtallige element werd in situ gelaten. Er werd een ruime rhino-antrostomie aangelegd; de sinus werd getamponneerd met een vaseline-gaastampon en de tampon werd via het stoma afgeleid. De incisie van het slijmvlies werd met nylon hechtingen gesloten. De genezing verliep zonder complicaties. De opname volgens Waters, die zeven maanden na de ingreep werd vervaardigd, toonde beiderzijds een heldere sinus maxillaris. De neuspassage was ongestoord; de patiënt was klachtenvrij.

2.4. Pathologisch-anatomisch onderzoek

Bij *macroscopische* beoordeling werd een grote dunwandige – deels geopende – cyste waargenomen, met een afmeting van 4 × 2.5 cm. De wand was aan de binnenzijde volledig glad.

Het *microscopische* beeld gaf een cyste-

^{*)} Helaas bleken deze röntgenfoto's in het archief van het betrokken ziekenhuis niet meer aanwezig te zijn.

wand te zien bestaande uit matig celrijk losmazig bindweefsel. Aan de lumbale zijde bleek dit bindweefsel bekleed met uniform trilhaardragend respiratoir epitheel, overgaand in cytonucleair onverdacht meerlagig niet-verhoord plaveiselepitheel. Er was niets verdachts en niets wees op een ontsteking.

De *eindconclusie* luidt dan ook: het beeld past bij een folliculaire cyste.

3. *Discussie*

Wanneer zich cysten bevinden in de sinus maxillaris, zijn die veelal afkomstig van het slijmvlies van de sinus zelf. Deze mucosale cysten zijn gewoonlijk asymptomatisch en worden toevalligerwijs op orthopantomogrammen ontdekt.^{3,4} De incidentie varieert van 2 tot 10%.³ Er is zelden sprake van aantasting van de benige begrenzing van de sinus maxillaris door deze cysten. Ze worden gekenmerkt door een radiopake bolvorm, waarboven de sinus een normale radiolucentie toont.⁵

Wanneer er sprake is van aantasting van het bot, komen in de differentiële diagnostiek de volgende aandoeningen in aanmerking:

- a. Dentogene cysten, zoals de radiculaire,

folliculaire, residuale en primordiale cyste.⁶

Deze cysten zullen bij groei aanvankelijk het bot expanderen, maar kunnen het ten slotte perforeren. Op de röntgenfoto zal in de sinus een circumscribe sluiering zichtbaar zijn met een scherpe radiopake rand.³ Veelal kan door onderzoek van de mondholte en röntgendiagnostiek de relatie met het gebit worden vastgesteld.

b. De fissurale cyste.⁵

c. De pneumocèle.⁷

d. Neoplasmata.⁸

De door ons aan de hand van het klachtenbeeld en röntgenonderzoek gestelde diagnose werd door pathologisch-anatomisch onderzoek bevestigd. In de literatuur is, voor zover wij hebben kunnen nagaan, eenmaal eerder over een soortgelijke casus bericht.⁹ Uit de differentiële diagnose mag blijken, dat onderzoek van de mondholte onontbeerlijk is.

Summary:

Title: Unilateral obstruction of the nose caused by an odontogenic cyst.

Keywords: Oral surgery – Follicular cyst – Nasal obstruction

A case of a supernumerary tooth associated with a dentigerous cyst involving the left maxillary sinus is reported. For years the nasal obstruction was treated for an allergic rhinitis. The importance of proper oral examination is stressed.

Literatuur:

1. *Cabrini RL, Barros RE, Albano H.* Cysts of the jaws: a statistical analysis. *J Oral Surg* 1970; 28: 485-9.
2. *Lucas RB.* Pathology of tumours of the oral tissues. 4e ed. London/New York: Churchill Livingstone, 1984.
3. *Killey HC, Kay LW.* The maxillary sinus and its dental implications. Bristol: John Wright & Sons Ltd, 1975.
4. *Van der Kwast WAM, Van der Waal I.* Over de mucosale cyste in de sinus maxillaris. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1973; 80: 137-41.
5. *Kwapis BW.* Mucosal cysts of the maxillary sinus. *J Oral Surg* 1971; 29: 561-6.
6. *Stoelinga PJW.* Over kaakkysten. *Academisch proefschrift*, 1971.
7. *Zimor J et al.* Pneumocèle of the maxillary sinus. *Arch Otolaryngol* 1975; 101: 387-8.
8. *Harrison DFN.* Diseases of the maxillary sinus. *Transactions of the IVth Int. Conf. Oral Surg.* Amsterdam, 1971: 13-8.
9. *Most DS, Roy EP.* A large dentigerous cyst associated with a supernumerary tooth. *J Oral Maxillofac Surg* 1982; 40: 119-20.

July 1985. Jan van Goyenkade 1, 1075 HN Amsterdam.

TANDARTS EN HERSENLETSEL: HET BELANG VAN EEN GOEDE ANAMNESE

J. P. H. WYMENGA*)
 R. J. O. VAN DER PLOEG**)
 P. J. CARPENTIER**)

Uit de kliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie en de Neurologische kliniek** van het Academisch Ziekenhuis Groningen.*

Trefwoorden: Traumatologie – Hersenletsel – Commotio cerebri – Contusio cerebri

Inleiding

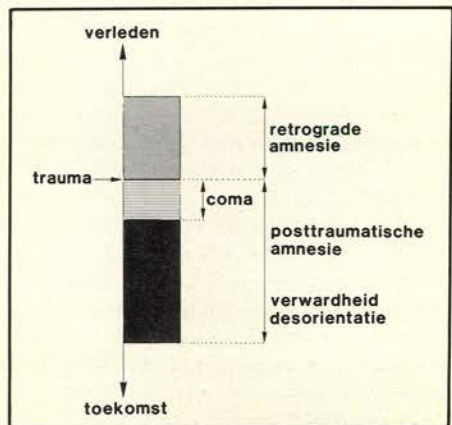
De tandarts kan geconsulteerd worden door patiënten met een traumatische beschadiging van het gebit, opgelopen in een mogelijk meer algemeen schedel-hersen trauma. Wanneer bij het ongeval het letsel aan het gebit voor de patiënt of zijn omgeving op de voorgrond stond, kan het gebeuren dat hierbij huisarts of eerstehulpkliniek van het ziekenhuis zijn overgeslagen.

Doordat er niet altijd een rechtlijnig verband bestaat tussen de ernst van het trauma en een eventuele hersenbeschadiging, dient de tandarts in deze gevallen toch alert te zijn op mogelijke intracranieële letsels. Uit het navolgende zal blijken dat op betrekkelijk eenvoudige wijze, door middel van een korte, gerichte anamnese, een vrij goed oordeel te geven is over de ernst van het trauma en de eventuele aanwezigheid van hersenbeschadiging.

Presentatie en terminologie

Wanneer als gevolg van een schedeltrauma een diffuse hersenbeschadiging is op-

Afb. 1. Chronologie van de neurologische verschijnselen.



Samenvatting:

Een patiënt met een traumatische beschadiging van zijn gebit zal zich veelal direct tot de tandarts wenden. Het kan voorkomen dat de patiënt ook klachten uit of symptomen toont die duiden op een hersenbeschadiging. De tandarts moet hierop bedacht zijn. Naast een kort onderzoek naar uitwendige letsels in het hoofd-halsgebied, is in de eerste plaats een gerichte anamnese bepalend voor het beleid. Dit artikel beoogt hierbij een leidraad te zijn.

getreden, uit zich dit door bewustzijnsverlies. Dit diffuse hersenletsel veroorzaakt ook een stoornis in het geheugen: de herinnering aan de periode onmiddellijk voorafgaand aan het trauma is gestoord (Retrograde Amnesie), en ook de feiten na het ongeval worden niet of onvolledig herinnerd (Post Traumatische Amnesie: PTA) (afb. 1).¹ Vooral bij ernstiger hersenletsel zal het bewustzijnsverlies gevolgd worden door een periode waarin de patiënt weliswaar reageert, maar nog verward en gede-soriënteerd is, en soms mede hierdoor in wisselende mate geagiteerd. Ook over de-