

KWAADAARDIGE MONDAFWIJKINGEN

De rol van de tandarts bij vroegdiagnostiek en preventie

SAMENVATTING

Van de meest voorkomende kwaadaardige mondafwijkingen worden de belangrijkste kenmerken besproken. Het gaat vooral om carcinomen van het slijmvlies. De tandarts is bij uitstek in de gelegenheid deze tumoren in een vroeg stadium te herkennen (secundaire preventie). Het moeilijke is, dat tumoren zich op zeer uiteenlopende wijzen kunnen uiten. Niet alleen de patiënt zelf, maar ook de tandarts kan daardoor worden misleid.

Behalve in de vorm van secundaire preventie kan de tandarts door goede voorlichting aan zijn patiënten een belangrijke rol spelen bij primaire preventie, gericht op het voorkomen van kanker in het algemeen en van mondkanker in het bijzonder.

VANDER WAAL I. Kwaadaardige mondafwijkingen. De rol van de tandarts bij vroegdiagnostiek en preventie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 141-6.

I. van der Waal, tandarts-kaakchirurg

Uit de vakgroepen Mondziekten en Kaakchirurgie en Pathologie van de Mondholte van de Vrije Universiteit/ACTA te Amsterdam.

Trefwoorden: **Pathologie**

Datum van acceptatie: 1 februari 1989.

Adres: Prof. Dr. I. van der Waal, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam.

1. INLEIDING

Ongeveer 4% van alle kwaadaardige aandoeningen die in het lichaam kunnen voorkomen, is gelokaliseerd in de mondholte (tabel I).¹ Het merendeel hiervan bestaat uit plaveiselcelcarcinomen. Zeldzamer zijn tumoren van de kleine speekselklieren, maligne melanomen, tumoren van de weke delen, lymforeticulaire aandoeningen, bottumoren, dentogene tumoren en metastasen van elders in het lichaam gelegen primaire tumoren.

Na bespreking van de belangrijkste aspecten van bovengenoemde kwaadaardige processen zal aandacht worden besteed aan de rol die de tandarts speelt bij de vroegdiagnostiek (secundaire preventie) en bij primaire preventie van kanker in het algemeen en bij mondkanker in het bijzonder.

2. FREQUENT VOORKOMENDE TUMOREN

2.1. Het plaveiselcelcarcinoom

2.1.1. Epidemiologie en etiologie

In Nederland gaat het jaarlijks om enkele honderden nieuwe patiënten met een plaveiselcelcarcinoom van de mond. Door het ontbreken van een verplichte landelijke kankerregistratie zijn geen exacte aantallen bekend. Mannen worden iets vaker getroffen

fen dan vrouwen. Hoewel de tumor voornamelijk bij mensen van middelbare en hoge leeftijd voorkomt, moet ook bij jonge mensen rekening worden gehouden met de mogelijkheid van een plaveiselcelcarcinoom.

De belangrijkste etiologische factoren zijn overmatig gebruik van tabak – in welke vorm dan ook – en alcohol. Chronische mechanische irritatie lijkt slechts een ondergeschikte rol te spelen, evenals slechte mondhygiëne. Over de rol van voeding is betrekkelijk weinig bekend. De betekenis van erfelijke factoren lijkt gering of zelfs afwezig. De laatste jaren is veel onderzoek verricht naar de mogelijke rol van het Herpes simplex virus type 1 en 2 en de verschillende humane papilloma-virussen bij het ontstaan van mondholtcarcinomen. Conclusies kunnen daaruit nog niet worden getrokken. Wel is inmiddels gebleken dat besmetting met HIV, het AIDS-virus, een predisponerende factor is.

Het is vrijwel zeker dat een combinatie van factoren nodig is voor het ontstaan van een plaveiselcelcarcinoom van het mond-slijmvlies. De tijd die verstrijkt totdat een dergelijke tumor klinisch zichtbaar wordt, bedraagt vermoedelijk enkele maanden tot jaren.

2.1.2. Symptomen

De symptomatologie van het mondcarcinoom is zeer uiteenlopend. De aard van de klachten is onder andere afhankelijk van de lokalisatie. Soms klaagt een patiënt over spontane bloedingen, over pijn of heeft hij zelf een zwelling van het slijmvlies opgemerkt. Oorpijn is een bekend symptoom bij een tongcarcinoom. Een carcinoom van de processus alveolaris daarentegen heeft niet pijnlijk te zijn, maar kan zich uiten door een slechte pasvorm van de gebitsprothese. Het komt een enkele keer voor dat er in het geheel geen klachten zijn en dat sprake is van een toevalsbevinding door de

Tabel II. Lokalisatie in de mond van 519 carcinomen. (Vrije Universiteit, Amsterdam)

	Aantal	Percentage
Tong	174	(33)
Mondbodem	124	(24)
Processus alveolaris inferior	83	(16)
Onderlip	48	(9)
Wang-slijmvlies	47	(9)
Processus alveolaris superior	17	(3)
Palatum durum	9	(1)
Bovenlip	1	(-)
Multipole lokalisaties	16	(3)
	519	(± 100)

tandarts.

Het duurt gemiddeld enkele maanden voordat de patiënt hulp zoekt voor zijn klachten ('patients' delay'). Daarna treedt, helaas, nog een vertraging van gemiddeld opnieuw enkele maanden op, voordat de tandarts of huisarts de ernst van de aandoening onderkent ('doctors' delay'). Dat deze totale vertraging grote gevolgen kan hebben voor de behandelingsmogelijkheden en daarmee voor de prognose, spreekt voor zichzelf.

2.1.3. Klinisch beeld

Het plaveiselcelcarcinoom kan zich op de meest uiteenlopende wijzen presenteren: als een ulcus, een submukeuze geïndureerde zwelling met ogenschijnlijk intact slijmvlies, een exofytische laesie of als een witte of rode verandering (leuko- of erythroplakie). Palpatie van voor tumor verdachte mondlasies, bedoeld om een indruk te krijgen over de aanwezigheid van induratie, dient voorzichtig te worden uitgevoerd ten einde verspreiding van tumorcellen in het weefsel te voorkomen. Uit overweging

Tabel I. Aantal nieuwe patiënten per jaar per 100.000 inwoners. (Wereldgemiddelde, UICC¹)

Orgaan	Man	Vrouw
Long	96,8	5,3
Huid	63,5	39,1
Borst	0,5	72,2
Prostaat	24,4	—
Blaas	19,8	2,6
Mond	6,7	2,6

gen van algemene hygiëne – niet vanwege besmettingsgevaar – dienen de palperende vingers te worden beschermd (handschoenen).

Voorkeurslokalisaties van mondcarcinomen zijn de tong, de mondbodem en in mindere mate het wanglijmvlies, de alveolaire mucosa, de onderlip, het trigonum retromolare en het palatum (tabel II). Een enkele maal komen in de mond multiële plaveiselcelcarcinomen voor.

Bij het lipcarcinoom gaat het vrijwel altijd om het lippenrood van de onderlip (afb. 1). Een carcinoom van het slijmvlies van de bovenlip is inderdaad uitzonderlijk. Een tongcarcinoom komt vooral voor op randen en een enkele maal aan de onderzijde van de tongpunt en zelden of nooit midden op de tongrug (afb. 2). Mondbodemcarcinomen zijn meestal vóór in de mondbodem gelegen (afb. 3). Op de edentate processus alveolaris in de onderkaak komen plaveiselcelcarcinomen vooral voor in de molaarstreek en het trigonum retromolare (afb. 4). Ook in de bovenkaak kunnen, hoewel minder vaak dan in de onderkaak, plaveiselcelcarcinomen voorkomen. Deze zijn meestal in de molaarstreek en de regio van het tuber maxillare gelegen. Plaveiselcelcarcinomen van de gingiva zijn zeldzaam.

Het plaveiselcelcarcinoom kan zich via de lymfbanen uitzaaien naar de lymfklieren in de hals, meestal aan de zijde van de tumor. Enkele schematische afbeeldingen van het beloop van de lymfbanen zijn opgenomen in de elders in deze aflevering verschenen bijdrage van Vermey. De kans op uitzaaiingen hangt samen met de grootte en de precieze plaats van de tumor in de mond. Tong- en mondbodemcarcinomen hebben een veel grotere neiging tot lymfogene metastasering dan bij voorbeeld onderlipcarcinomen (tabel III).²

Het valt buiten de opzet van deze bijdrage te bespreken in hoeverre de tandarts een rol speelt bij het diagnostiseren van halszwellingen, met name van lymfklier- of speekselklierzwellingen.

Tabel III. Frequentie van lymfkliermetastasen (3).

	T1 (2 cm)	T3 (4 cm)
Lip	5%	73%
Tong	42%	72%

Tabel IV. Vijf-jaarsoverleving naar stadium en lokalisatie.

	Onderlip	Tong
Stadium I	90%	70%
Stadium III	50%	35%

2.1.4. Diagnostisch onderzoek

Voor het stellen van de diagnose plaveiselcelcarcinoom is histologisch onderzoek vereist. Bij tumoren kleiner dan een halve – één centimeter kan daartoe een excisiebiopsie worden verricht. Bij grotere tumoren wordt een zogenaamde incisiebiopsie gedaan. Een biopsie kan, zeker wanneer aan een kwaadaardige aandoening wordt gedacht, het beste worden verricht door degenen die ook de definitieve behandeling zal uitvoeren.

Aan cytologisch onderzoek is bij afwijkingen van het mondslijmvlies eigenlijk geen behoefte, deels door het niet altijd ulcereren van de tumor en deels door een betrekkelijk groot aantal fout-negatieve uitslagen. Bovendien blijft het in alle omstandigheden noodzakelijk daarna een proefexcisie te doen.

Het gebruik van kleurstoffen, geapplied op een verdachte laesie, met de bedoeling om op deze wijze informatie te verkrijgen over het al of niet kwaadaardig zijn, is een methode die veel ervaring vereist. Ook hier blijft een proefexcisie noodzakelijk.

2.1.5. Prognose en follow-up

De overlevingskans na behandeling (zie daarvoor de bijdrage van Vermey elders in deze aflevering) wordt voornamelijk bepaald door de grootte van de tumor, eventueel reeds opgetreden metastasen en de exacte lokalisatie in de mond. Een patiënt met een kleine tumor op de tongrand bij voorbeeld, heeft een slechtere prognose dan een patiënt met een tumor van gelijke grootte op de onderlip (tabel IV). De prognose voor vrouwen lijkt beter te zijn dan voor mannen, vooral bij carcinomen van de wang, de commissuren en de processus alveolaris inferior. Als gemiddelde voor de gezamenlijke lokalisaties in de mond kan worden uitgegaan van een 5-jaarsoverleving van ongeveer 50%.

Uit verschillende onderzoeken is gebleken, dat tweede primaire tumoren vooral voorkomen bij patiënten die na behandeling van hun eerste tumor hun rook- en drinkgewoonten onveranderd hebben gelaten. Een tweede primaire tumor komt meestal in de mondholtte voor, maar kan ook in de slokdarm, de longen of elders in het lichaam voorkomen. Uiteraard moet onderscheid worden gemaakt tussen een tweede primaire en een metastatische tumor.

Het zal op grond van het voorgaande duidelijk zijn dat het noodzakelijk is iedere patiënt die behandeld is voor een kwaadaardige mondholtetumor te blijven controleren volgens een bepaald tijdschema, zo mogelijk levenslang, doch ten minste gedurende tien jaren.

2.1.6. Registratiesysteem

Bij de registratie van het plaveiselcelcarcinoom wordt gebruik gemaakt van het TNM-systeem van de Union Internationale Contre le Cancer (UICC).³ De 'T' is bedoeld om de grootte van de primaire tumor aan te geven, de 'N' slaat op de regionale lymfklieren en de 'M' op (hematogene) metastasen op afstand.

- T – *Primaire tumor*
- Tis – pre-invasief groeiend carcinoom (carcinoma in situ)
- T0 – geen aanwijzingen voor primaire tumor
- T1 – tumor 2 cm of kleiner
- T2 – tumor groter dan 2 cm, maar kleiner dan 4 cm
- T3 – tumor groter dan 4 cm
- T4 – tumor met uitbreiding in het bot, spierweefsel, huid, sinus maxillaris enz.

- N – *Regionale lymfklieren*
- N0 – geen aanwijzingen voor lymfkliermetastasen
- N1 – aanwijzingen voor een enkele homolaterale lymfkliermetastase kleiner dan 3 cm
- N2 – aanwijzingen voor een lymfkliermetastase, homolateraal, groter dan 3 cm, maar kleiner dan 6 cm (a), of meerdere homolaterale lymfkliermetastasen kleiner dan 6 cm (b), of bilaterale of contralaterale lymfkliermetastasen kleiner dan 6 cm (c)
- N3 – aanwijzingen voor lymfkliermetastasen groter dan 6 cm

- M – *Metastasen op afstand*
- M0 – geen aanwijzingen voor metastasering op afstand
- M1 – aanwijzingen voor metastasering op afstand

Vervolgens kan een stadiumindeling worden opgesteld:

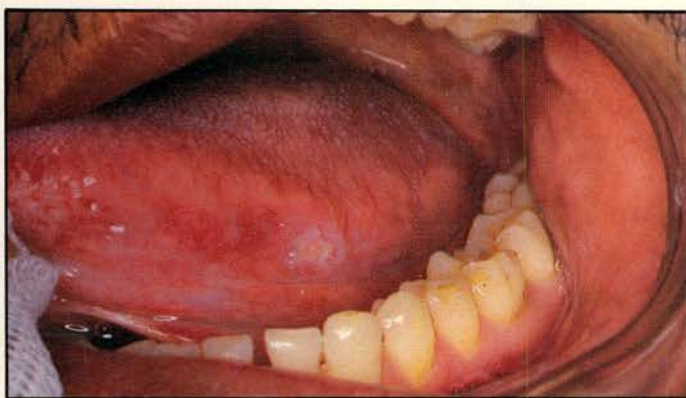
- stadium I: T1N0M0
- stadium II: T2N0M0
- stadium III: T3N0M0, alsook T1, T2, T3, N1M0
- stadium IV: T4N0N1M0, alsook elke T, N2, N3, M0 en elke T in combinatie met elke N en M1

2.2. Gezwellen van de kleine speekselklieren

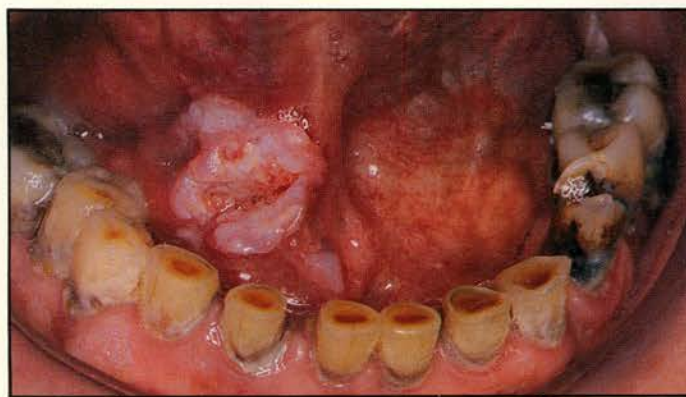
Van alle speekselkliergezwellen, vooral voorkomend in de glandula parotis, komt ongeveer 10% in de mond voor. Voorkeurslokalisaties zijn de overgang van het harde naar het zachte gehemelte, de bovenlip en de mondbodem. Er zijn geen oorzaken bekend voor dit type gezwel. In onge-



Afb. 1. Als een onschuldig korstje imponerend plekje op de onderlip, berustend op een plaveiselcelcarcinoom.



Afb. 2. Beginnend plaveiselcelcarcinoom halverwege de tongrand.



Afb. 3. Deels leukoplakisch, deels ulcererend plaveiselcelcarcinoom van het mondbodemslimvlies.



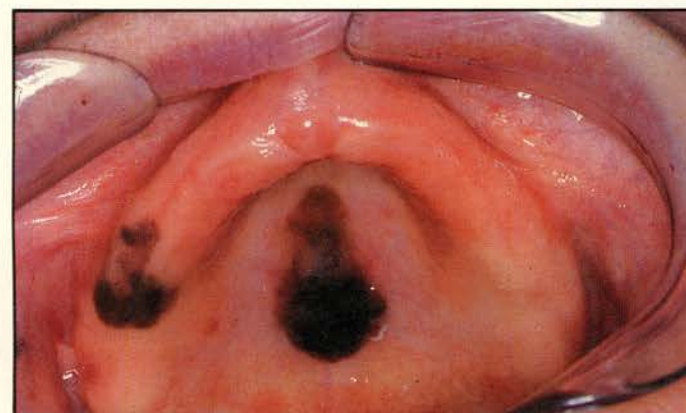
Afb. 4. Ogenschijnlijk door de protheserand veroorzaakt slijmvliesdefect. Het bleek echter te gaan om een plaveiselcelcarcinoom.



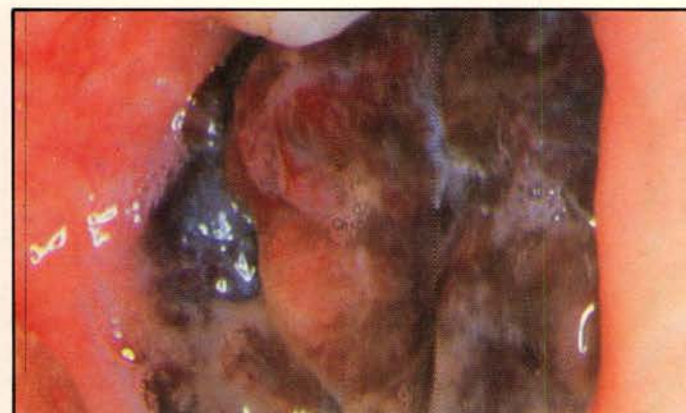
Afb. 5. Submukeuze zwelling van het gehemelte, berustend op een kwaadaardige speekselklier tumor.



Afb. 6. Al jaren bestaande zwelling aan de binnenzijde van bovenlip. Het bleek te gaan om een goedaardig speekselkliergezwel.



Afb. 7. Twee gepigmenteerde gebieden in het slijmvlies van bovenkaak en gehemelte, verdacht voor maligne melanoom.



Afb. 8. Blauw-zwarte zwelling van het wangslimvlies veroorzaakt door een maligne melanoom.

veer de helft van de gevallen is sprake van maligniteit.

Zowel de goed- als kwaadaardige speekselkliertumoren uiten zich meestal als een langzaam in omvang toenemende, vaak overigens asymptomatische, submuceuze zwelling met een intact slijmvlies (afb. 5 en 6). Ook bij kwaadaardige speekselkliertumoren kan sprake zijn van een maanden- en zelfs jarenlange anamnese. De meeste tumoren voelen vast-elastisch aan, maar ook een cysteuze consistentie met een blauw doorschemerend aspect is niet ongevoel.

De diagnose wordt gesteld op grond van een proefexcisie. Behandeling bestaat primair uit chirurgische verwijdering. Bij kwaadaardige typen wordt in de regel nabestraald. Bij het adenoiïde cysteuze carcinoom wordt de prognose voornamelijk bepaald door niet zelden optredende metastasen op afstand, met name naar de longen en het skelet.

2.3. Maligne melanoom

Ongeveer 1% van alle maligne melanomen ontstaat in het mondslijmvlies. Een enkele maal blijkt het maligne melanoom in de mond een metastase van elders te zijn. De oorzaak voor het ontstaan van een melanoom in de mond is onbekend. Vrouwen worden even vaak getroffen als mannen. De tumor komt meestal boven het 50^e jaar voor.

Een primair mondmelanoom bevindt zich vooral in het slijmvlies van het gehemelte of de bovenkaak, met name ook in het tandvlees. Er zijn meestal weinig klachten. De tumor uit zich doorgaans als een bruine, bruin-zwarte of blauwe iets verheven slijmvliespigmentatie en is meestal niet ulcererend (afb. 7 en 8). Het kan gaan om een solitaire of om een multipel voorkomende tumor.

De diagnose wordt gesteld op grond van een proefexcisie. Behandeling bestaat primair uit chirurgische verwijdering. Alleen bij zeer diffuus groeiende, oppervlakkige melanomen kan bestraling zijn aangewezen. De prognose is over het algemeen matig vanwege het niet altijd lokaal radicaal behandelbaar zijn en de betrekkelijk grote kans op lymfogene en hematogene metastasering.

2.4. Tumoren van de weke delen

Behoudens de eerder besproken speekselkliertumoren, die eigenlijk niet tot de weke delen worden gerekend, zijn de meeste gezwellen van de weke delen goedaardig. Sommige zijn zelfs geen echte gezwellen, maar berusten op malformaties of op ontstekingsprocessen. Dit geldt, bij voorbeeld, voor de al bij de geboorte of in de

eerste kinderjaren aanwezige hemangiomen en lymfangiomen en ook voor bij volwassenen voorkomende gesteelde zwelinkjes, veroorzaakt door het bij herhaling op het slijmvlies bijten (bijtfibromen). Echter, goedaardige tumoren, zoals lipomen, neurogene tumoren en tumoren van spierweefsel zijn zeldzaam. Dit geldt ook voor de kwaadaardige varianten daarvan, de sarcomen. Tegenover 50 op zichzelf al betrekkelijk zeldzame plaveiselcelcarcinomen van het mondslijmvlies komt ongeveer één sarcoom voor.

Een bijzonder woord is hier op zijn plaats over het intra-orale Kaposi-sarcoom bij patiënten besmet met HIV. Bij ongeveer de helft van de AIDS-patiënten met Kaposi-sarcomen van de huid, komen de Kaposi-sarcomen ook intra-oraal voor. Intra-orale Kaposi-sarcomen komen voornamelijk voor op het gehemelte en het tandvlees, hetzij in solitaire, hetzij in multipole vorm (afb. 9).

Aangezien de klinische aspecten van zowel goed- als kwaadaardige tumoren van de weke delen niet kenmerkend zijn en bijna altijd bestaan uit een in kleur en consistentie variërende zwelling, kan alleen een proefexcisie uitkomst brengen. Behandeling bestaat in de regel primair uit lokale excisie.

2.5. Lymforeticulaire aandoeningen

In de mond komen een enkele maal maligne lymfomen voor. Vrijwel zonder uitzondering betreft het een non-Hodgkin's lymfoom. Een dergelijk proces kan zich in de weke delen uiten en soms ook in het bot. Bij lokalisatie in de weke delen betreft het meestal een enkel- of dubbelzijdige, soms langzaam en soms ook snel ontstane submuceuze zwelling van het gehemelteslijmvlies, in het bijzonder op de overgang van het harde naar het zachte gehemelte (afb. 10). De kleur is doorgaans enigszins blauw of blauw-rood.

Bij intra-ossaal voorkomen betreft het vrijwel altijd de onderkaak. Het beeld van de röntgenfoto kan lijken op dat van osteomyelitis. De bijbehorende, op zichzelf altijd bijzonder alarmerende klacht, is een halfzijdige sensibiliteitsstoornis van de onderlip.

Behandeling hangt af van de bevindingen van het stageringsonderzoek en de nadere subtypering van het lymfoom.

2.6. Bottumoren

Bottumoren van onder- of bovenkaak zijn bijna altijd kwaadaardig. Het gaat meestal om het osteo- en zelden om het chondrosarcoom.

Ongeveer 6% van alle osteosarcomen ontstaat in het kaakbot, zonder voorkeur

voor boven- of onderkaak. Het betreft meestal patiënten tussen het 10e- en 30e levensjaar. Bij lokalisatie in de onderkaak kan een halfzijdige sensibiliteitsstoornis van de onderlip het enige begeleidend symptoom zijn van een meestal langzaam in omvang toenemende zwelling. Het röntgenologische beeld kan variëren van een lucente tot een opaque verandering en kan er soms bedrieglijk onschuldig uitzien (afb. 11 en 12).

De behandeling van een sarcoom van het kaakbot bestaat primair uit ruime chirurgische verwijdering. Wanneer de lokale verwijdering radicaal is geweest, is de kans dat er later alsnog hematogene metastasen tot uiting komen, klein. De prognose is in die gevallen ook zeker niet ongunstig.

2.7. Dentogene tumoren

Dentogene tumoren ontstaan altijd in het bot, meestal in de onderkaak. Het zijn zeldzame gezwellen, waarvan het ameloblastoom het meest bekend is. De incidentie van een ameloblastoom is ongeveer één nieuwe patiënt per miljoen inwoners per jaar. Klinisch uit de tumor zich meestal als een langzaam groeiende, overigens asymptomatische zwelling. De röntgenfoto toont een lucent, soms gelobd en vaak op een cyste gelijkend beeld (afb. 13 en 14).

Vanwege de weinig kenmerkende klinische en röntgenologische aspecten wordt preoperatief meestal niet aan de mogelijkheid van een ameloblastoom gedacht en wordt niet de ruime chirurgische aanpak gevolgd die voor het met succes verwijderen van een ameloblastoom noodzakelijk is. Het komt dan ook vaak tot een recidief, dat niet altijd alsnog radicaal kan worden behandeld. Een histologisch zelden kwaadaardig ameloblastoom kan dan door hardnekkig lokaal recidiverend gedrag uiteindelijk toch tot een levensbedreigende situatie leiden.

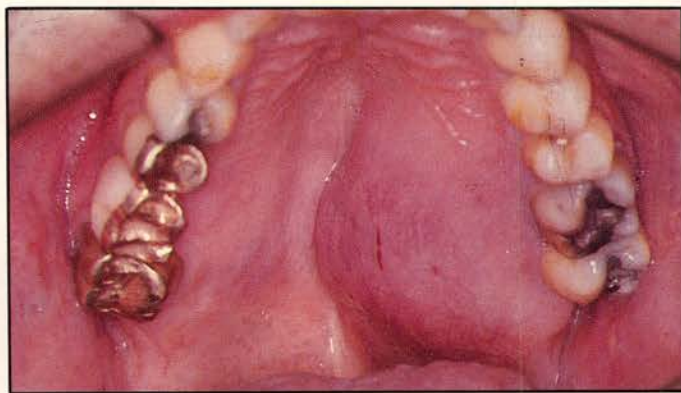
2.8. Metastasen van elders

Metastasen in de mond van elders in het lichaam gelegen primaire tumoren zijn zeldzaam. In uitzonderlijke gevallen uit de metastase zich nog voordat de primaire tumor bekend is.

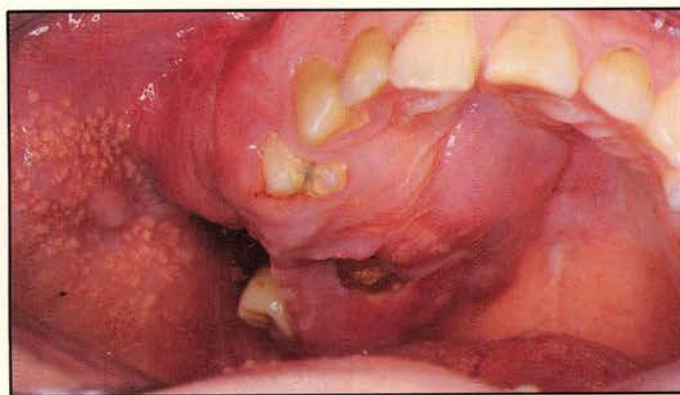
Metastasen kunnen zich overal in de mond in de weke delen voordoen en zich, misleidend, als een ogenschijnlijk onschuldige tandvleeszwelling of bijtfibroom in het wanglijmvlies presenteren (afb. 15 en 16). Wanneer metastasen van elders zich in het kaakbot voordoen, betreft het vrijwel altijd de onderkaak. De eerste klacht kan dan bestaan uit een sensibiliteitsstoornis van de helft van de onderlip. Behandeling kan in de meeste gevallen slechts palliatief van aard zijn.



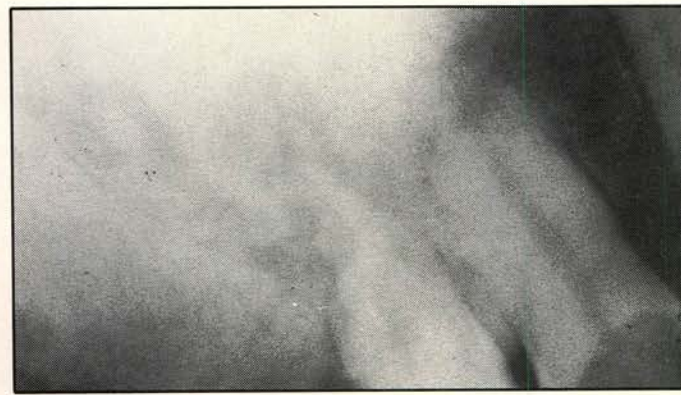
Afb. 9. Multipele Kaposi-sarcomen van het gehemteslijmvlies bij een AIDS-patiënt.



Afb. 10. Enkelzijdige, aanvankelijk als abces imponerende zwelling van het gehemteslijmvlies. Het bleek te gaan om een non-Hodgkin's lymfoom.



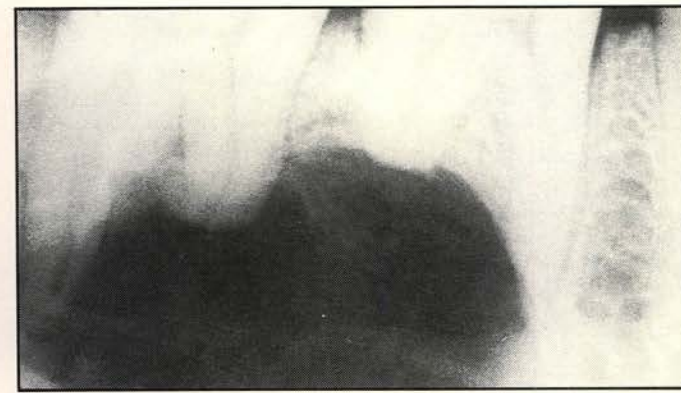
Afb. 11. Langzaam toenemende zwelling van de bovenkaak, berustend op een osteosarcoom.



Afb. 12. Diffuse opaque verandering van het bot van de in afbeelding 11 weergegeven zwelling. Let ook op de resorptie van de apices.



Afb. 13. In de mond werd een nauwelijks waarneembare verbreding van de processus alveolaris in de molaarstreek rechts onder gepalpeerd. De zwelling bleek te berusten op een ameloblastoom.



Afb. 14. De röntgenfoto van de in afbeelding 13 getoonde patiënt laat een als cyste imponerende laesie zien. Let ook op de resorptie van de radices.



Afb. 15. Zwelling van de gingiva berustend op een metastase van een prostaatacarcinoom.



Afb. 16. Als 'bijtfibroom' imponerende laesie van het wanglijmvlies, berustend op een metastase van een niercarcinoom.

3. DE ROL VAN DE TANDARTS

3.1. Primaire en secundaire preventie (vroegdiagnostiek)

Vanuit een oogpunt van *primaire* preventie, gericht op het voorkomen van het ontstaan van gezwellen, dient de tandarts de patiënten te wijzen op de schadelijke invloed van tabak- en alcoholgebruik. Dit aspect is vooral van belang bij het voorkomen van leukoplakieën en plaveiselcelcarcinomen. Daarnaast behoren het bevorderen van een goede mondhygiëne en het stimuleren van gezonde eetgewoonten tot primaire preventieve taken van de tandarts, zowel in het kader van het specifieke terrein van de mond als met het oog op het ontstaan van kanker elders in het lichaam.

Zoals uit de vorige paragrafen is gebleken, heeft het vroegtijdig diagnostiseren van (pre)malige aandoeningen, *secundaire* preventie, in de meeste gevallen een directe invloed op de prognose. Het is juist de tandarts die op het gebied van mondaandoeningen de expert is en die de verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van zowel het gebit, het parodontium als de omgevende weefsels.

3.2. Verwijzing naar de specialist

De tandarts is in de Nederlandse situatie niet opgeleid om zelf proefexcisies te doen en het is een op zichzelf interessante vraag, mede in het licht van de EG-harmonisatie, of dit zou moeten veranderen. Het is echter niet de juiste plaats om daar thans nader op in te gaan. In de huidige omstandigheden zal de tandarts zijn patiënt bij het vermoeden op het bestaan van mondkanker, of een voorstadium daarvan, verwijzen. Om verschillende redenen is het het beste de patiënt te verwijzen naar de kaakchirurg met wie men normaal te maken heeft en niet rechtstreeks te verwijzen naar een speciaal op de behandeling van tumoren ingestelde kaakchirurg of andere specialist.

Wanneer de tandarts vermoedt dat

kwaadaardigheid in het spel is, is het begrijpelijk dat hij daarover bezorgd is en dat deze bezorgdheid, bewust of onbewust, wordt overgebracht op de patiënt. Mede omdat een ogenschijnlijk zeker kwaadaardige klinische diagnose door histologisch onderzoek nog wel eens wordt weerlegd, moet, zeker in de eerste lijn, geen zekere uitspraak over een aandoening op alleen klinische gronden worden gedaan.

Het is uiteraard onvermijdelijk, en bepaald ook niet onoverkomelijk, dat het vermoeden van de tandarts niet altijd bewaardheid wordt. Uiteraard betekent dit niet, dat verwijzing naar de specialist dan ongegrond was. Anderzijds is het volkomen aanvaardbaar wanneer de tandarts, bij twijfel over de aard van een bepaalde afwijking, eerst eventuele oorzakelijke factoren elimineert. Bij voorkeur dienen daarbij, met name in aanwezigheid van een ulcererende laesie, geen bloedige ingrepen te worden verricht omdat daardoor kans op enting van kwaadaardige cellen wordt mogelijk gemaakt. Mocht correctie van bij voorbeeld een scherpe rand van een restauratie of van een te lange rand van een gebitsprothese niet binnen twee weken tot genezing hebben geleid, dient verwijzing plaats te vinden voor nader onderzoek. Blijkt daarbij dat

inderdaad sprake is van maligniteit, treft de tandarts zeker geen blaam dat hij de patiënt onnodig lang 'onder zich heeft gehouden'.

4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Gelet op zijn opleiding mag van de tandarts worden verwacht dat hij de verantwoordelijkheid kan en wil dragen voor het diagnosticeren van afwijkingen die zich in de mond kunnen voordoen. In het bijzonder moet hij in staat zijn de tumoren (en voorstadia daarvan) van het mondslijmvlies in een vroeg stadium te herkennen om daarmee de overlevingskansen van de patiënt gunstig te beïnvloeden.

Van de tandarts mag eveneens worden verwacht, dat hij zich inzet voor primaire preventie van kanker in het algemeen en van mondkanker in het bijzonder, en dat hij breed geïnformeerd is over de diverse aspecten van epidemiologie, etiologie, diagnostiek en behandeling ervan. Aanbevelingen hoe dergelijke kennis in de tandheilkundige opleiding kan worden verschafte en hoe deze kennis moet worden bijgehouden, zijn in een elders in deze aflevering geplaatst rapport van een EG-commissie vermeld.

SUMMARY

ORAL MALIGNANCIES

THE DENTIST'S RESPONSIBILITY IN EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION

Key words: Oral cancer

In view of his professional training the dentist should be prepared to play an important role in the early diagnosis of oral malignancies. Furthermore, the dentist has a responsibility in the primary prevention of not only oral cancer, but also of cancer in other sites of the body, by providing the appropriate information to his patients about cancer preventive measurements.

LITERATUUR

¹WATERHOUSE J, et al (eds). Cancer incidence in five continents. Vol. IV. Lyon: Intern. Agency for Research of Cancer, 1982.

²PINDBORG JJ. Oral cancer and precancer. Bristol: John Wright & Sons, 1980.

³HERMANEK P, SOBIN LH (eds). TNM-classification of malignant tumors. UICC. Berlin/Tokyo: Springer Verlag, 1987.