

# BEHANDELING VAN LIP- EN MONDHOLTE-CARCINOMEN

## SAMENVATTING

Behandeling van patiënten met mondkanker vindt plaats in teamverband. Chirurgie en radiotherapie zijn de belangrijkste behandelingsvormen waarmee genezing kan worden bereikt.

De prognose voor een klein, niet-gemetastaseerd carcinoom kan als zeer goed worden beschouwd. Vroege opsporing van mondkanker is dan ook van grote betekenis voor de patiënt.

VERMEY A, PANDERS AK. Behandeling van lip- en mondholtecarcinomen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 147-50.

A. Vermey, chirurg  
A. K. Panders, kaakchirurg

Uit de afdeling chirurgie/oncologie en de kliniek voor mondziekten en kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis Groningen te Groningen.

Trefwoorden: Oncologie – Hoofd-halschirurgie

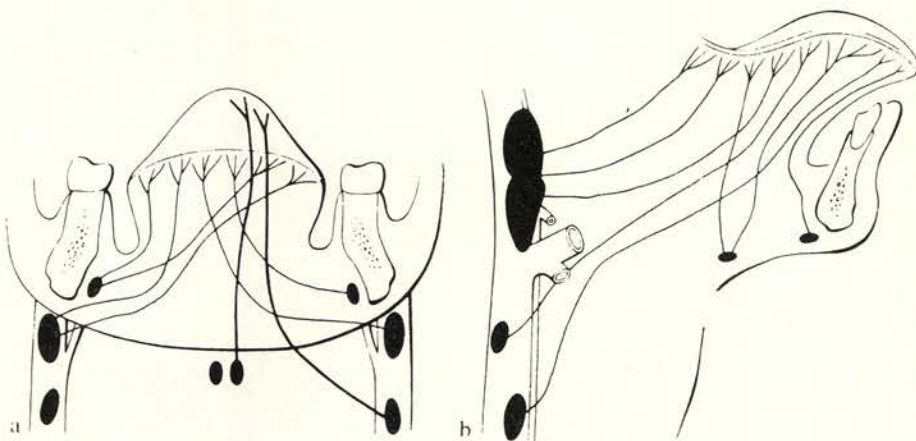
Datum van acceptatie: 1 februari 1989.

Adres: Prof. Dr. A. Vermey, postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

## 1. INLEIDING

Behandeling van patiënten met een carcinoom van de mondholte dient te geschieden door een team van specialisten (oncologisch geschoolde chirurg, keel-neus-oorarts en kaakchirurg; radiotherapeut, plastisch chirurg, maxillofaciaal prothetist), in een centrum met moderne voorzieningen op het gebied van radiotherapie en chemotherapie.

Radiotherapie en chirurgie zijn de belangrijkste behandelingsvormen waarmee genezing van mondholtecarcinomen kan worden bereikt. De grootte van de primaire tumor, de lokalisatie en de in het behandelingscentrum opgedane ervaringen bepalen de keuze tussen chirurgie, radiotherapie of combinaties van beide. Ook de zogenoemde patiëntfactoren zijn daarbij van belang. Hoogbejaarden en alcoholici verdragen een langdurig voort te zetten radiotherapeutische behandeling in de regel zeer matig. De mutilatie die chirurgische behandeling veelal met zich meebrengt, kan in voorkomende gevallen radiotherapie de



Afb. 2. Lymfebanen van de tong. a. Dwarsdoorsnede. b. Sagittale doorsnede. (Met toestemming overgenomen uit Oncologie<sup>1</sup>).

behandeling der keuze doen zijn.

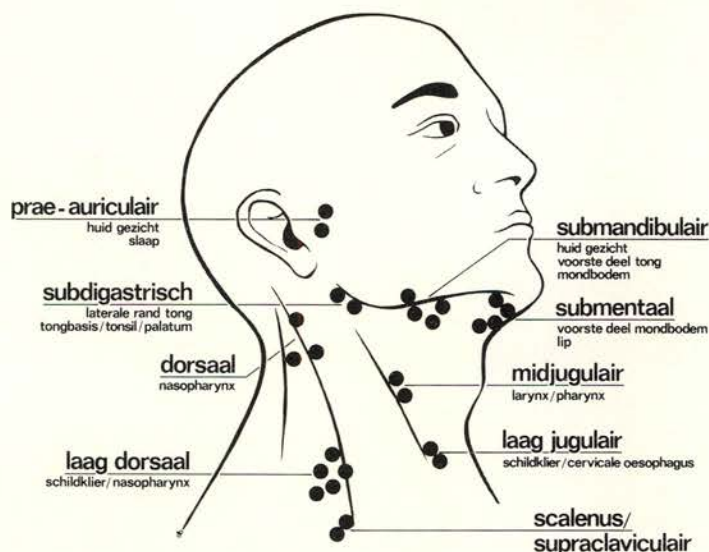
Algemene (intraveneuze) of lokale (intra-arteriële) toediening van cytostatica kan van waarde zijn als onderdeel van een combinatiebehandeling met radiotherapie en/of chirurgie. Chemotherapie als enige vorm van behandeling heeft nog geen cura-

ties kunnen bewerkstelligen. Dit geldt min of meer ook voor cryochirurgie en lasertherapie.

Wanneer er verdachte klierzwellingen in de hals zijn (afb. 1 en afb. 2), is halsklierdissectie aangewezen, al of niet in combinatie met radiotherapie.

Met het toenemen van de grootte van de primaire tumor stijgt de kans op aanwezigheid van halskliermetastasen, ook al zijn die bij klinisch onderzoek nog niet palpabel ('subclinical disease'). Dit gegeven moet men betrekken in de overwegingen om gelijktijdig met de primaire tumor ook de zogenoemde 'klinisch negatieve' hals te behandelen. De behandeling van de hals op deze indicatie noemt men electief en zij kan chirurgisch of radiotherapeutisch worden uitgevoerd.

In het kort zullen enkele tumorlokalisaties nader worden toegelicht. Voor een meer uitgebreide uiteenzetting wordt verwezen naar een Nederlands boek over oncologie.<sup>1</sup> Ook op de diverse mogelijkheden van reconstructieve chirurgie zal op deze plaats slechts summier worden ingegaan.

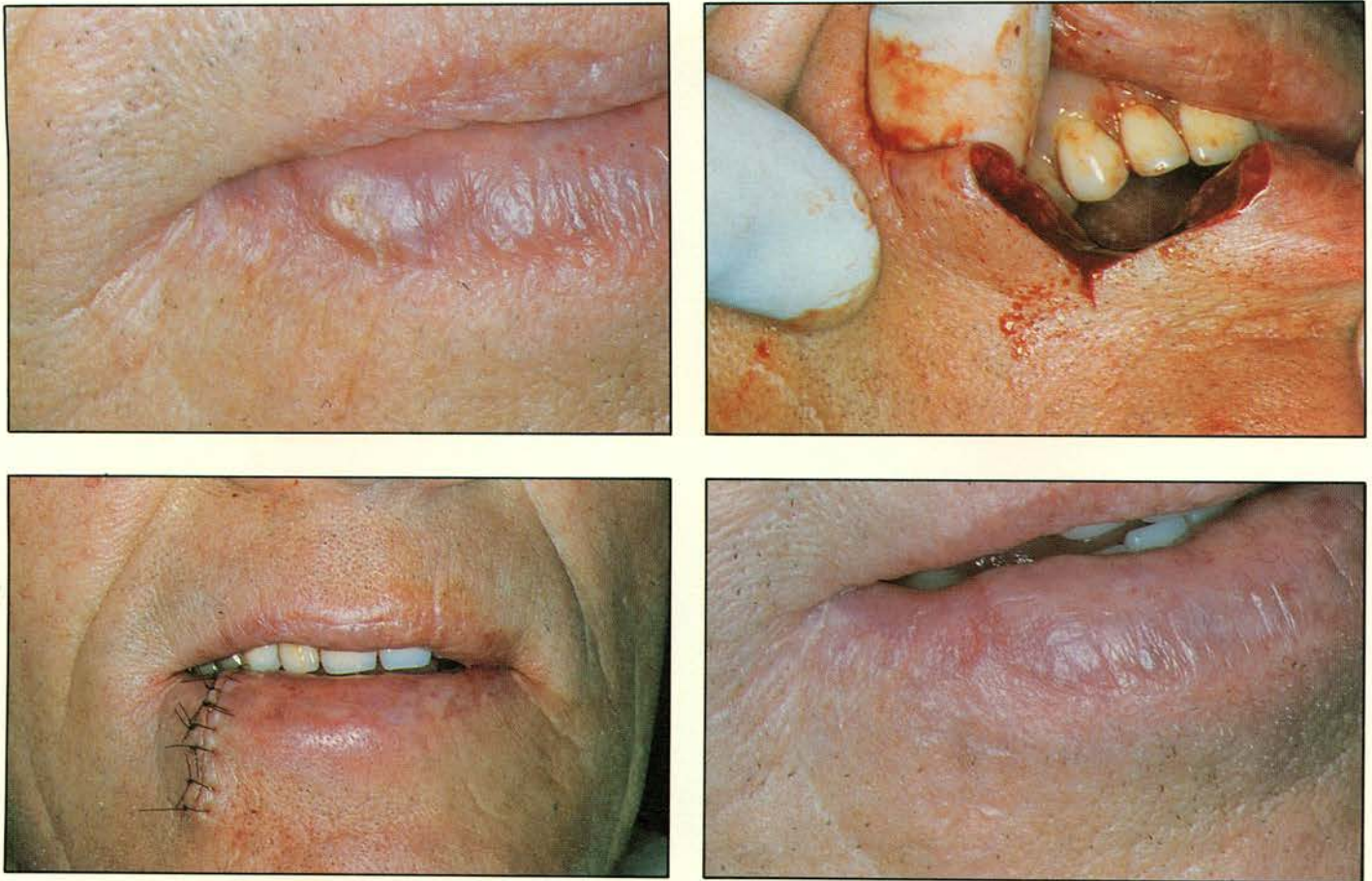


Afb. 1. Topografie halslymfeklieren: de regionale klierstations en bijbehorende gebieden. (Met toestemming overgenomen uit Oncologie<sup>1</sup>).

## 2. LIPCARCINOOM

Zowel radiotherapie als chirurgie komt als





Afb. 3. Een klein onderlipcarcinoom (a). Behandeling bestond uit wig-excisie (b). De wond kon primair worden gesloten (c). Al na twee maanden is het litteken nauwelijks zichtbaar (d).

curatieve methode van behandeling van een carcinoom van de onderlip in aanmerking. Bij de keuze hiertussen zal men het uiteindelijk cosmetisch resultaat in de overwegingen dienen te betrekken. Ook de leeftijd en het beroep van de patiënt zijn van belang. Zo zal men bij jongere landbouwers of zeevarenden bij voorkeur chirurgische behandeling toepassen, omdat mag worden verwacht dat zij nog langdurig blootgesteld zullen blijven aan zonlicht, wind en koude (afb. 3). Een bestraalde lip is daar extra gevoelig voor. Indien tevens lymfekliermetastasen aanwezig zijn, kan de voorkeur uitgaan naar een combinatie van radiotherapie en chirurgie.

Zeer oppervlakkige, in de breedte groeiende tumoren kunnen chirurgisch behandeld worden door verwijdering van het lippenrood. Reconstructie geschiedt met behulp van slijmvlies uit de labio-gingivale omslagplooi ('lip-shave', vermilionectomy afb. 4). Ook van grote defecten in de onderlip is reconstructie goed mogelijk.

Bij aanwezigheid van halskliermetastasen is een halsklierdissectie aangewezen, eventueel gecombineerd met een marginale of partiële mandibularesectie als de metastasen aan de onderkaak zijn gefixeerd. Zeker wanneer de metastasen groter zijn dan drie centimeter, is ook postoperatieve radiotherapie geïndiceerd.

Bij een primaire tumor van de bovenlip moet de mogelijkheid van metastasen in de klieren in de parotisloge niet worden vergeten. Als die er zijn, is 'en bloc' met de halsklierdissectie een parotidectomie vereist, waarbij de nervus facialis in de regel kan worden gespaard. Zeker in die omstandigheden moet postoperatieve radiotherapie worden overwogen.

### 3. TONGCARCINOOM

Kleine primaire tumoren kunnen met gelijke resultaten chirurgisch of radiotherapeutisch behandeld worden. De behandeling met interstitiële en/of uitwendig toegediende radiotherapie is wat minder mutilerend en er blijft een zo groot mogelijk tongvolume gespaard. Voor grotere gezwellen valt een combinatie van chirurgie en radiotherapie te verkiezen. Chirurgische behandeling alleen of als onderdeel van een combinatietherapie is aangewezen bij tevens bestaande botaantasting en/of halskliermetastasen. Radiotherapie vervalt als mogelijkheid, wanneer in het verleden een andere primaire tumor in de mondholte reeds met bestraling is behandeld. Dat gegeven moet men ook in gedachten houden bij het maken van de keuze tussen de verschillende vormen van behandeling

voor de eerste primaire tumor van jongere patiënten, die tot de risicogroep behoren.

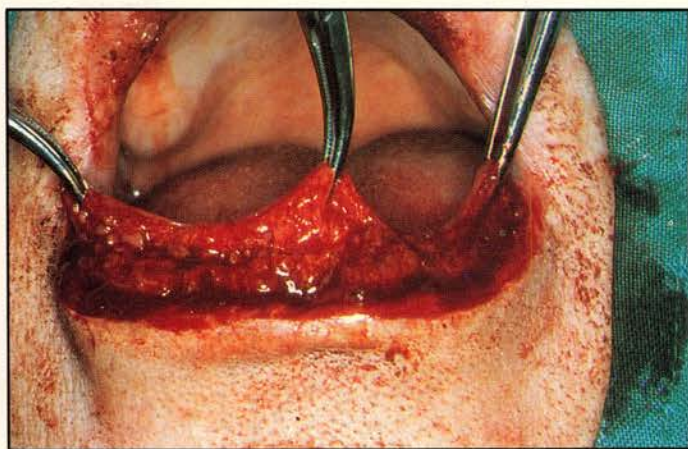
Halskliermetastasen worden chirurgisch behandeld door middel van een halsklierdissectie. In relatie met lokalisatie, grootte en aantal van de kliermetastasen zal men besluiten tot het geven van postoperatieve radiotherapie.

### 4. CARCINOMEN VAN MONDBODEM, BUCCALE MUCOSA, GINGIVA EN PALATUM

Ook hier komen de plaveiselcelcarcinomen verreweg het meeste voor. In een beperkt aantal gevallen is een adenocarcinoom of een adenoïd-kystisch carcinoom aanwezig, uitgaande van kleine speekselklieren. De laatstgenoemde histologische typen worden vaker gezien op het palatum, met als voorkeurslokalisatie het overgangsgebied van palatum durum naar palatum molle.

In het algemeen is er in de vroege stadia, wat betreft de primaire tumor, geen verschil in de behandelingsresultaten van chirurgie of radiotherapie. Dit geldt ook voor de wat grotere buccale mucosacarcinomen. Zodra er echter een uitgebreide botaantasting aanwezig is, gaat de voorkeur naar chirurgische behandeling uit, alleen of in





Afb. 4. Drietal oppervlakkige zeer kleine, histologisch bewezen plaveiselcelcarcinomen van de onderlip (a). Behandeling bestond uit een 'lip-shave'. Na ondermijnen van het slijmvlies aan de linguale zijde (b) kon de wond primair worden gesloten (c). Het resultaat na vier maanden is zeer fraai (d).

combinatie met radiotherapie en/of chemotherapie (afb. 5 en afb. 6).

Een halsklierdissectie voor manifeste halskliermetastasen kan goed 'en bloc' worden uitgevoerd met resectie van het primaire tumorgebied van de gingiva mandibulae ('Commando-resectie') of de mondbodem.

Bij de chirurgische behandeling van tumoren van het palatum en het slijmvlies van boven- en onderkaak is goede samenwerking met de maxillofaciale prothetist ontbeerlijk.

## 5. FOLLOW-UP EN PROGNOSE

In principe is levenslange follow-up gewenst wegens de mogelijkheid van een lokaal recidief en de verhoogde kans op een tweede primaire tumor. Dat geldt zeker voor patiënten, die tot de 'high risk'-groepen behoren. De follow-up geschiedt volgens onderstaand schema:

Eerste jaar: maandelijks.

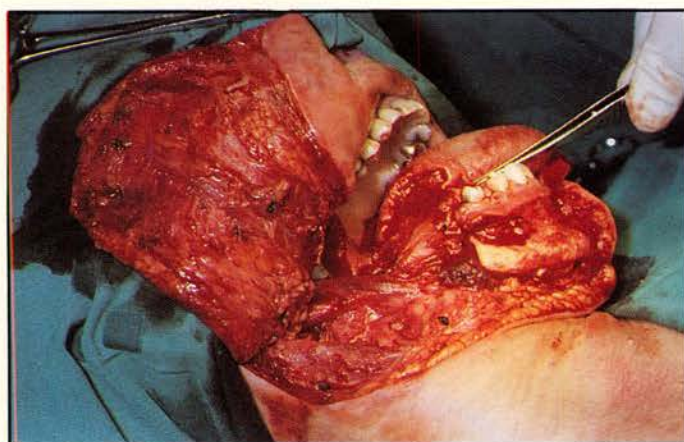
Tweede jaar: om de twee maanden.

Derde jaar: om de drie maanden.

Vierde jaar: om de vier maanden.

Vijfde jaar: om de vijf maanden.  
Daarna halfjaarlijks.

De prognose hangt niet alleen af van de grootte van de primaire tumor, de lokalisa-tie en de eventuele infiltratie in de omgeving, maar vooral van het al of niet aanwezig zijn van lymfekliermetastasen. In het algemeen is de prognose van een niet-gemetastaseerd onderlipcarcinoom na adequate behandeling goed: 90-95% vijfjaars-overleving. In de bovenlip metastaseren carcinomen eerder en hebben een slechtere prognose. Dit geldt ook voor de andere



Afb. 5. Peroperatief beeld van een onderkaakresectie.



Afb. 6. Patiënte van afbeelding 5 ongeveer een jaar postoperatief.



lokalisaties in de mond. Toch is vooral in een vroeg stadium (stadium I: T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>) in de meeste gevallen genezing te bereiken.

Wanneer de behandeling faalt of wanneer de patiënt zich aan behandeling onttrekt, wacht meestal een afschuwelijk lijden.

## 6. CONCLUSIE

Bij de behandeling van lip- en mondholtecarcinomen spelen chirurgie en radiotherapie een belangrijke rol.

De prognose wordt vooral bepaald door de grootte en lokalisatie van de primaire tumor en, daarmee samenhangend, door het al dan niet aanwezig zijn van halskliermetastasen.

---

## SUMMARY

### TREATMENT OF ORAL CANCER

Key words: Oral oncology – Head and neck tumors

Patients with oral cancer are usually treated in cancer units. Surgery and radiotherapy are the most important treatment modalities, as has been discussed in this review article.

The prognosis of small cancers, that have not yet produced metastatic lymph nodes is excellent. Therefore, early diagnosis is of vital importance.

---

## LITERATUUR

<sup>1</sup>ZWAVELING A, ZONNEVELD RJ, SCHABERG A (red.). Oncologie. Derde herz. druk. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Stafleu, 1985: 171-90.