

Uit en voor de praktijk

Multipele lucenties in de onderkaak

S.A. Zijdeveld
I. van der Waal

Gegeven en vraag

Patiënte, een 25-jarige Surinaamse vrouw, bezoekt haar tandarts vanwege pulpitisklachten in de onderkaak links. Het element 36 bleek hyperaesthetisch te reageren op temperatuurverschillen. Een endodontische behandeling werd uitgevoerd, waarbij bleek dat het element vitaal was. Op de lengtefoto tijdens de kanaalbehandeling en op de eindfoto was een periapicale lucentie bij element 36 zichtbaar, die niet geheel werd afgebeeld. Hierop werd patiënte verwezen naar de kaakchirurg.

Zowel bij extra- als intraoraal onderzoek werden geen afwijkingen geconstateerd. Er was geen sensibiliteitsstoornis van de onderlip. Alle gebitselementen in het derde kwadrant reageerden positief op sensibiteitstesten, behalve uiteraard de 36. Er was geen sprake van palpatiepijn, noch van expansie van de buccale cortex. Op het orthopantomogram werden vier vrij goed begrensde lucenties in de molaarstreek van de onderkaak gezien (afb.1). Wat is hier aan de hand?

ZIJDERVELD SA, WAAL I VAN DER. Multipele lucenties in de onderkaak. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 104.

Antwoord

Gezien leeftijd, geslacht en afkomst van patiënte en op grond van de klinisch-röntgenologische bevindingen werd verondersteld dat het hier ging om een ongewone presentatie van periapicale cementeuze dysplasie. Differentieel diagnostisch kan bij multipel voorkomende lucenties nog gedacht worden aan multipel keratocysten, bijvoorbeeld als onderdeel van het basale cellenaeuvussyndroom, aan een centraal reuscelgranuloom of aan multipel myelomen, passend bij de ziekte van Kahler.

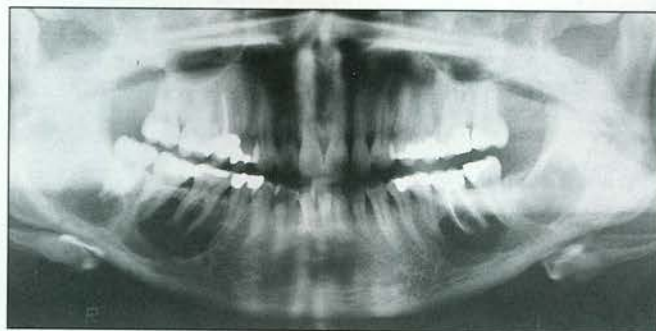
Er werd besloten tot een exploratie onder lokale anesthesie in de regio van element 36. Na afschuiven van het mucoperiost werd een intacte doch dunne, enigszins blauw doorschijnende cortex aangetroffen. Na verwijdering van een botstukje werd een vrijwel lege holte in het kaakbot gezien, met alleen een geringe hoeveelheid gele vloeistof als inhoud. Er was vrijwel geen bekleding van de wand. Separaat werd vervolgens de laesie distaal van element 37 benaderd. Hier werd dezelfde bevinding gedaan. Er bleek geen verbinding tussen de laesies. Een fragmentje van de corticale botrand werd volledigheidshalve ingestuurd voor histopathologisch onderzoek. Er werd lamellair en plexiform bot gezien met een dun, vaatrijk, fibreus laagje zonder epitheelbekleding.

Concluderend bleek hier sprake van multipel solitaire beencysten in de onderkaak links en vermoedelijk ook rechts.

Nabeschouwing

Voor de solitaire beencyste worden meerdere synoniemen gebruikt, zoals idiopatische beencyste, hemorrhagische beencyste of traumatische beencyste. Deze laatste benaming suggereert een trauma als oorzaak, doch dit wordt niet algemeen aanvaard. De etiologie is dan ook onbekend. De solitaire beencyste wordt ook elders in het skelet gevonden. Het betreft vooral de metafyse van de humerus en het femur. De cyste wordt vooral gevonden bij kinderen en jong volwassenen. Er is geen voorkeur voor geslacht.

Vrijwel altijd is sprake van unilateraal en uniloculair voorkomen in het betande deel van de onderkaak. Een enkele keer wordt melding gemaakt van voorkomen in de ramus of zelfs de condylus (Tanaka *et al*, 1996), de bovenkaak is sporadisch als lokalisatie beschreven (Kaufman, 1979). Klinisch worden zelden afwijkingen gevonden en meestal is sprake van een toevals-



Afb. 1. Orthopantomogram van een 25-jarige vrouw met multipele lucenties in de onderkaak.

bevinding op de röntgenfoto. De lamina dura loopt ononderbroken door en de vitaliteit van de gebitselementen blijft intact.

De diagnose solitaire beencyste wordt klinisch gesteld tijdens exploratie. Vrijwel altijd is sprake van een intacte corticale wand. Na fenestratie wordt een lege holte aangetroffen, soms gevuld met enige strogele vloeistof, welke biochemisch overeen lijkt te komen met serum (Donkor *et al*, 1994). Meestal is de wand bekleed met een zeer dun fibreus laagje. Een epitheelbekleding ontbreekt.

Met de diagnostische exploratie is in de meeste gevallen de laesie afdoende behandeld. Door sommigen wordt aanbevolen om door middel van schrapende bewegingen langs de botwanden bloedinkjes te provoceren in de cysteholte. Dit zou de genezing bevorderen. Anderen adviseren het defect met bot op te vullen. Tevens is regressie beschreven na aspiratie (Chapman *et al*, 1985). Spontane genezing van de laesie lijkt te kunnen optreden, daar op oudere leeftijd zelden of nooit solitaire beencysten worden gediagnosticeerd.

Literatuur

- TANAKA H, WESTESSON P, EMMINGS FG, MARASHI AH. Simple bone cyst of the mandibular condyle: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 1454-1458.
- KAUFMAN AY. Traumatic bone cyst of the maxilla: report of a case. *Quintessence Int* 1979; 5: 27-30.
- DONKOR P, PUNNIA-MOORTHY A. Biochemical analysis of simple bone cyst fluid: report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23: 296-297.
- CHAPMAN PJ, ROMANIUK K. Traumatic bone cyst of the mandible; regression following aspiration. *Int J Oral Surg* 1985; 14: 290-294.

Trefwoorden:
Orale pathologie – Solitaire beencyste

Adres: Prof.dr.I. van der Waal,
afdeling Mondziekten en
Kaakchirurgie/Orale pathologie,
AZVU, postbus 7057,
1007 MB Amsterdam.