

6.2 Zwelling hoofd/hals

A.J.M. Balm

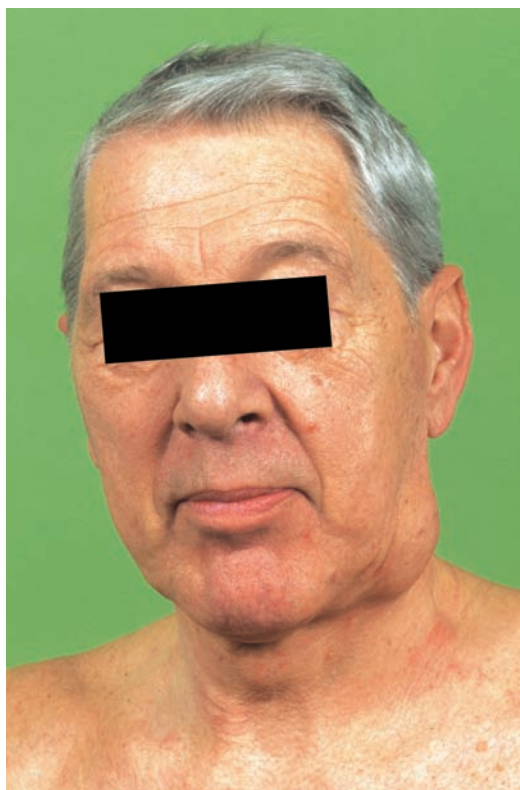
Een 55-jarige patiënt bezoekt het spreekuur van zijn huisarts met de mededeling dat er de laatste drie maanden sprake is van een langzaam progressieve pijnloze zwelling onder het linkeroor.

➔ *Wat zou u nog meer willen weten?*

Specifieke anamnese

Bij navragen blijkt dat de zwelling waarschijnlijk al jaren met een geringere omvang aanwezig is geweest. De patiënt durfde zich er niet voor te laten behandelen. Vanwege het toenemend aantal opmerkingen in zijn omgeving over de nu uitwendig zichtbare zwelling heeft hij zich eindelijk bij de huisarts gemeld. De patiënt is verder gezond en niet bekend met een eerdere behandeling voor een andere aandoening in het hoofd-halsgebied. Hij is niet verkouden en de lichaamstemperatuur is niet verhoogd. Bij onderzoek wordt een mobiele, vast-elastische, iets hobbelig aanvoelende zwelling gepalpeerd in de onderpool van de glandula parotidea, met een doorsnede van ongeveer 4 cm (figuur 6.2.1). Verder worden er in de hals geen lymfomen gevoeld. Het KNO-spiegelsonderzoek levert evenmin bijzonderheden op. De huisarts stelt vast dat het in eerste instantie een niet aan infectie gerelateerde zwelling van de glandula parotidea betreft en verwijst de patiënt naar een specialistische afdeling van een medisch centrum, waar men beschikt over kennis en vaardigheid op het gebied van hoofd-halstumoren.

➔ *Welk specifiek lichamelijk onderzoek zou u als eerste willen verrichten?*



Figuur 6.2.1 Patiënt met een zwelling in de onderpool van de glandula parotidea links (doorsnede circa 4 cm).

Specifiek lichamelijk onderzoek

Voor een betrouwbare beoordeling van een zwelling in de onderpool van de glandula parotidea is het belangrijk dat de patiënt tijdens palpatie van het tumorproces het hoofd neigt naar de palperende hand, waardoor de m. sternocleidomastoideus zich ontspant en de tumor beter van de omgeving te onderscheiden is. U moet vooral op de mobiliteit ten opzichte van de omgevende structuren letten. Een verminderde beweeglijkheid kan erop duiden dat het proces uitgaat van de

diepe kwab van de glandula parotidea en min of meer is vastgeklemd tussen de mandibula en het mastoïd. Bij twijfel dient het palpatoire onderzoek met een MRI- of CT-scan van het hoofd-halsgebied te worden uitgebreid.

Om te beoordelen of de tumor zich uitbreidt tot in de diepe kwab van de glandula parotidea moet de orofarynx worden geïnspecteerd met behulp van KNO-spiegelonderzoek, waarbij gelet moet worden op een unilaterale zwelling van de tonsilregio door een uitpuilende tumor.

Palpatie van de parotistumor wordt gevolgd door systematische palpatie van de hals, waarbij de verschillende niveaus van de hals (figuur 6.2.2) met hun specifieke lymfedrainagegebied worden onderzocht. In dit verband is het belangrijk onderscheid te maken met een tumor die uitgaat van de glandula submandibularis. Bimanuele palpatie, waarbij het tumorproces min of meer balloteert tussen de wijsvinger ter plaatse van de laterale mondbodem en de andere palperende hand in de hals, kan hierbij zeer behulpzaam zijn. Bij onze patiënt werden geen vergrote of te vaste

lymfomen in de hals gevoeld en kon door bimanuele palpatie van het submandibulaire gebied een relatie met de glandula submandibularis worden uitgesloten.

Probleemlijst

Actueel probleem:

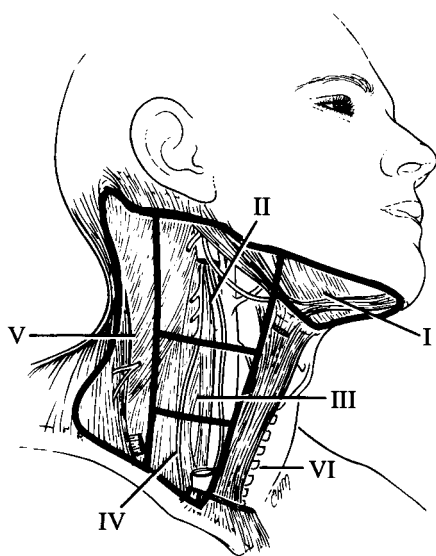
- pijnloze zwelling onder de oorlel, waarschijnlijk uitgaande van de onderpool van de glandula parotidea.

➔ *Wat is uw differentiële diagnose?*

Differentiële diagnose

Zwelling in de parotis – Differentiële diagnose

- pleiomorf adenoom
- Warthin-tumor
- parotiscarcinoom
- maligne lymfoom
- metastase van een huidtumor in het ge-
laat/temporaal
- wekedelensarcoom
- lipoom
- solitaire lymfadenitis in de glandula paro-
tidea



Figuur 6.2.2 Lymfedrainageniveaus van de hals (I t/m V) die bij een zwelling van de glandula parotidea achter-eenvolgens worden gepalpeerd:

I = submentaal en submandibulair, II = hoog-jugulair, III = mid-jugulair, IV = laag-jugulair, en V = achterste halsdriehoek.

Beschouwing differentiële diagnose

Een anamnese zoals van onze patiënt, aangevuld met deskundig lichamelijk onderzoek waarbij een mobiel circumschript proces onder en voor de oorlel wordt gepalpeerd, moet de onderzoeker snel leiden naar een aandoening in de glandula parotidea. Dergelijke patiënten worden helaas maar al te vaak onderworpen aan een ‘excisie van een atheroomcyste’ als de eerste diagnostische maatregel, met het risico van aansnijden van (takjes van) de n. facialis. Door juiste palpatie met een correcte beoordeling van de verschuifbaarheid van de huid over het proces kan een eventuele relatie met de huid worden uitgesloten.

Bij een vergroeiing met de huid moet onderscheid worden gemaakt tussen processen die uitgaan van de glandula parotidea, zoals maligne parotiscarcinomen, en aandoeningen van de huid, zoals huidtumoren.

Het differentieel-diagnostisch proces bij een zwelling in de glandula parotidea wordt geregeerd door de *cytologische punctie*, die met een hoge mate van sensitiviteit (circa 90%) en specificiteit (circa 75%) kan wijzen op de histologie van het onderliggende proces. Door middel van cytologisch onderzoek kan gedifferentieerd worden tussen benigne en maligne tumoren.

Bij onze patiënt waren er op cytologische gronden sterke aanwijzingen voor een pleiomorf adenoom. Binnen de groep benigne tumoren komen het pleiomorf adenoom en de Warthin-tumor het meest frequent voor. Het risico op maligne ontaarding van een pleiomorf adenoom is ongeveer 10% wanneer de zwelling gedurende langere tijd progressief is en onbehandeld blijft. In een dergelijk geval spreekt men van een carcinoom in een pleiomorf adenoom. Om die reden wordt de patiënt geadviseerd de tumor chirurgisch te laten verwijderen. Warthin-tumoren zijn in de regel wat weker van consistentie en komen vooral in de leeftijdscategorie van 60 jaar en ouder voor. Ook bij deze tumoren is maligne ontaarding niet geheel uitgesloten.

Carcinomen van de glandula parotidea komen zelden voor; in Nederland met een incidentie van ongeveer drie per 10^6 mannen en twee per 10^6 vrouwen. Binnen de groep speekselklier carcinoomen worden de volgende histologische typen onderscheiden: acinuscelcarcinoom, muco-epidermoïd carcinoom, adenoïd cysteus carcinoom, adenocarcinoom, carcinoom in een pleiomorf adenoom, plaveiselcelcarcinoom en ongedifferentieerd carcinoom. Belangrijke prognostische parameters bij deze tumoren zijn de leeftijd van presentatie, de aanwezigheid van pijnklachten, de grootte van de primaire tumor (T-stadium), het halslymfeklierstadium (N-stadium) en een door de tumor veroorzaakte facialisparalyse. Parotiscarcinomen komen vooral voor bij ouderen (> 60 jaar).

Een histologische diagnose wordt alleen verkregen door een (oppervlakkige) parotidectomie,

omdat een incisiebiopsie of een lokale extirpatie – met het risico van beschadiging van de onderliggende n. facialis – tegenwoordig als obsoleet wordt beschouwd. Wanneer er sprake is van grote met de huid vergroeide massa's, kan bij hoge uitzondering een incisiebiopsie worden uitgevoerd.

Een cytologische punctie kan ook wijzen in de richting van een maligne lymfoom. Hoewel de ziekte van Hodgkin en het non-Hodgkin-lymfoom (NHL) beide van lymfocyttaire oorsprong zijn, is er gezien het verschil in vooral klinisch gedrag voldoende reden ze als afzonderlijke ziektebeelden te beschouwen.

De ziekte van Hodgkin wordt histologisch gekenmerkt door de aanwezigheid van bizarre, meerkernige Reed-Sternberg- en Hodgkin-cellen. Het is een maligne aandoening, waarbij de monoklonale populatie (die maar een klein percentage van de aangedane glandula uitmaakt) van B-cel-origine is. De ziekte komt voornamelijk voor tussen het 20e en 30e levensjaar en bij mensen rond de 70 jaar. Karakteristiek is de aanwezigheid van vergrote, niet-pijnlijke, vast-elastisch aanvoelende lymfeklieren. Een cytologische punctie kan richting geven aan de diagnose, maar een oppervlakkige parotidectomie ter verkrijging van histologisch materiaal is noodzakelijk. Indien er tevens suspecte klieren in de hals aanwezig zijn, verdient lymfeklierextirpatie voor histologische diagnostiek de voorkeur boven een parotidectomie. Het materiaal moet vers en ongefixeerd aan de patholoog worden aangeboden, opdat immunohistochemisch en eventueel moleculair-biologisch onderzoek kan worden uitgevoerd.

Het non-Hodgkin-lymfoom (NHL) is een heterogene groep van lymfocyttaire aandoeningen, die kan worden onderscheiden in B- en T-cellymfomen, en in lymfomen met een lage, dan wel een intermediaire of hoge maligniteitsgraad. De klieren worden ingenomen door velden van dicht opeengepakte tumorcellen. Het is een ziekte van de oudere mens: de mediane leeftijd ligt rond de 60 jaar. Ook hier kan van een eerste nodale presentatie in het hoofd-halsgebied sprake zijn, maar extranodale presentaties in een tonsil, de nasofa-

rynx of de tongbasis (ring van Waldeyer) komen regelmatig voor. Er is vaker sprake van een hoger stadium dan bij de ziekte van Hodgkin en de prognose is minder gunstig. Het NHL (en in mindere mate ook de ziekte van Hodgkin) kan geassocieerd zijn met HIV-infectie, en heeft dan een slechte prognose.

Een cytologische punctie kan ook wijzen op het bestaan van een lymfekliermetastase van een plaveiselcelcarcinoom of een melanoom. In een dergelijk geval moet uitgebreid dermatologisch onderzoek volgen naar de primaire tumor. Voorkeurslokalisatie van deze huidtumoren zijn het gelaat, de temporalisstreek en de behaarde hoofdhuid. Vooral in deze laatste regio kan het moeilijk zijn het primaire tumorproces te detecteren. De anamnese moet worden uitgevraagd naar eerdere behandelingen van maligniteiten. Hoewel het zeer zelden voorkomt dat een metastase in de glandula parotidea samenhangt met een primair tumorproces uitgaande van het slijmvlies van de bovenste lucht- en voedselweg, is routine-KNO-spiegelonderzoek en/of endoscopisch onderzoek toch aangewezen.

Wekedelensarcomen zijn de minst frequent voorkomende maligniteiten van de parotis. Het betreft minder dan 1% van de maligne tumoren van het hoofd-halsgebied. Van deze tumoren, die overal in het lichaam kunnen ontstaan, wordt ongeveer 15% in het hoofd-halsgebied aangetroffen, en dan voornamelijk in de hals. De voorkeursleeftijd ligt in het vijfde en zesde decennium. Op de kinderleeftijd wordt vooral het rhabdomyosaroom gezien, maar op volwassen leeftijd kan dit sarcoom ook in de glandula parotidea worden aangetroffen. Er worden vele verschillende histologische subtypen onderscheiden. Het meest frequent zijn het leiomyosaroom, het liposarcoom en het maligne fibreuze histiocytoom (MFH). De tumoren metastaseren vooral hematogeen naar de longen en in veel mindere mate lymfogene. Het wekedelensarcoom presenteert zich meestal als een reeds langer bestaande pijnloze zwelling.

Een lipoom van de glandula parotidea kan door de weke consistentie en de vage afgrenzing van de omgeving palpatoir vrij gemakkelijk worden

onderscheiden van een pleiomorf adenoom. Het gezwel is een zeldzaamheid en ook in dit geval wijst de cytologische punctie met een hoge mate van zekerheid in de richting van een onderliggend vetgezwel. Chirurgische verwijdering door middel van een parotidectomie is van belang om het tumorproces histologisch in kaart te brengen en om na te gaan of er een liposarcoom bestaat. Een solitaire niet-specifieke lymfadenitis in de glandula parotidea, als reactie op een bacteriële of virale infectie in deze klier, is zeldzamer dan in de hals. Een lymfadenitis kan binnen enkele weken spontaan of na een gerichte antibiotische behandeling van de primaire haard in regressie gaan. De reactieve lymfeklierzwellingen kunnen in diameter variëren van enkele millimeters tot enkele centimeters. Persisterende of langzaam progressieve zwellingen, ook op de kinderleeftijd, zijn in principe verdacht voor een maligniteit. Bij dergelijke zwellingen is nadere diagnostiek in de vorm van een cytologische punctie noodzakelijk. In sommige gevallen, waaronder immunosuppressie ten gevolge van behandeling met cytostatica of een slechte algemene lichamelijke conditie, is het mogelijk dat de lymfeklier abcedeert. Onder dergelijke omstandigheden is drainage en/of chirurgische verwijdering door middel van een parotidectomie aangewezen.

Lymfadenitis kan het eerste symptoom zijn van specifieke virale aandoeningen (mononucleosis infectiosa of de ziekte van Pfeiffer, aids, HIV-infectie, cytomegalie), bacteriële infecties (kattenkrabziekte, syfilis) of parasitaire ziekten (toxoplasmosis). Derhalve zal bij een uitslag van cytologische onderzoek die wijst op een reactieve lymfeklier, ook standaard gericht serologisch onderzoek naar deze infectieuze aandoeningen moeten worden uitgevoerd. Bij serumbepalingen op anti-HIV-antistoffen dient de patiënt vooraf uitdrukkelijk toestemming voor het onderzoek te verlenen.

Tuberculose van de lymfeklieren in de parotis is een specifieke infectieuze aandoening die in Nederland door het toegenomen reisverkeer en immigratie vaker kan voorkomen. De ziekte wordt meestal overgedragen door een patiënt met een cavitaire pulmonale en/of laryngeale tuber-

culose en verspreidt zich door de lucht na opheusten van kleine infectieuze druppeltjes. Bij kinderen tot de leeftijd van 4 jaar ontwikkelt zich na infectie gewoonlijk een primaire tuberculose, waarbij meer organen zijn aangedaan. Deze aandoening kan een ernstig beloop hebben. Wanneer men op latere leeftijd wordt geïnfecteerd, is de kans groot dat het immuunsysteem de infectie terugdringt; de bacil kan echter lange tijd – tot enkele jaren – ‘slapend’ aanwezig zijn. Patiënten met een vorm van immunosuppressie, zoals gezien wordt bij HIV-infecties, na cytostaticagebruik en bij een slechte algemene lichamelijke conditie ten gevolge van intraveneus druggebruik, lopen een extra risico op reactivatie van de ‘slapende’ bacil. In dergelijke gevallen kan zich een secundaire tuberculose ontwikkelen. Wanneer de cytologische punctie wijst op een granulomateus proces, kan in zeldzame gevallen tuberculose worden verondersteld. Bij uitzondering worden in het materiaal zuurvaste staven aangetroffen die direct met zekerheid in de richting van tuberculose wijzen. Omdat granulomateuze processen in de lymfeklier het gevolg kunnen zijn van tal van specifieke infectieuze aandoeningen en omdat ze bovendien onderscheiden moeten worden van sarcoïdose of maligne lymfeklier-aandoeningen zoals een maligne lymfoom en een ongedifferentieerd carcinoom, is het dikwijls noodzakelijk dat de aangedane lymfeklier voor histologisch onderzoek wordt verwijderd door middel van een parotidectomie. Bij het vermoeden van tuberculose wordt dan ook materiaal geïsoleerd voor een kweek op een Löwensteinbodem, die na vier tot acht weken de groei van *Mycobacterium tuberculosis* aantoonst als een definitief bewijs van een klinische tuberculose. Tuberculose kan ook worden bevestigd door een PCR (polymerase chain reaction) op cytologisch punctiemateriaal. Een positieve Mantoux-huidreactie kan eveneens ondersteunend zijn in de diagnostiek. Bij kinderen kan er, zij het zelden, ook sprake zijn van een gelokaliseerde granulomateuze aandoening van de parotislymfeklier(en) op basis van een infectie met een non-tuberculeuze bacil van het *Mycobacterium avium*-complex. De huid over de glandula parotidea is dan dikwijls rood veranderd.

Bij onze patiënt gaf noch de anamnese noch de uitslag van de cytologische punctie reden aan tuberculose te denken.

Pleiomorf adenoom – Symptoom

- pijnloze zwelling in de glandula parotidea

Pleiomorf adenoom – Lichamelijk onderzoek

- vast-elastisch aanvoelende zwelling van de glandula parotidea
- de zwelling voelt dikwijls wat hobbelig aan
- bij palpatie is de zwelling mobiel ten opzichte van de onderlaag en overliggende huid, tenzij ze is uitgebreid naar mediaan of uitgaat van de diepe kwab van de glandula parotidea
- de functie van de n. facialis is intact en symmetrisch

➔ *Welke aanvullende diagnostiek acht u in dit geval aangewezen?*

Aanvullende diagnostiek

Bij elke zwelling in de glandula parotidea leidt een cytologische punctie de aanvullende diagnostiek in. Bij een negatieve uitslag of bij twijfel verdient het aanbeveling de punctie te herhalen. Een incisiebiopsie van de glandula parotidea is, zoals reeds besproken, niet toegestaan tenzij de huid vergroeid is met een grote tumormassa en er geen gevaar bestaat voor beschadiging van de onderliggende n. facialis(takjes). Een zwelling in de glandula parotidea dient daarom, zoals gezegd, altijd door middel van een (oppervlakke) parotidectomie te worden verwijderd om materiaal voor histologisch onderzoek te verkrijgen. Bij mobiele tumoren met een beperkte omvang in de onderpool van de glandula parotidea, zoals bij onze patiënt, is het niet noodzakelijk dat aan-



Figuur 6.2.3 Axiale MRI-afbeelding van de glandula parotidea met een hoog signaal van een pleiomorf adenoom links. Het enigszins gelobde aspect van de zwelling wordt goed weergegeven.

vullend beeldvormend onderzoek wordt uitgevoerd. Wanneer het echter een proces betreft dat bij palpatie verminderd mobiel is, dient wel CT-en/of MRI-onderzoek te volgen om de relatie met de omliggende structuren te analyseren, waarbij de interesse vooral uitgaat naar eventuele doorgroei in de diepe kwab van de glandula parotidea (figuur 6.2.3). In het hoofd-halsgebied is het raadzaam dunne coupes van circa 3 mm te vervaardigen en het halsgebied in de beeldvorming te betrekken zodat men tevens geïnformeerd wordt over de eventuele aanwezigheid van regionale metastasering wanneer het een maligniteit betreft. De betrouwbaarste methode om regionale metastasering aan te tonen is echografisch onderzoek van de hals met een cytologische punctie van verdachte lymfeklieren. Bij een parotiscarcinoom zijn de preferente metastaseringsgebieden de hoogste niveaus van de hals (II, III). Ook radiologisch onderzoek van de thorax is aangewezen om longmetastasen uit te sluiten.

In het geval van de ziekte van Hodgkin en een non-Hodgkin-lymfoom moet stadiëringsonderzoek worden verricht, hetgeen bestaat uit een CT-scan van thorax en abdomen, een botboring/beenmergonderzoek, en (endoscopische) inspectie

van de mond-keelholte (ring van Waldeyer). Afhankelijk van de uitbreiding van de ziekte worden vier stadia onderscheiden:

- stadium I: één aangedaan klierstation;
- stadium II: verscheidene aangedane lymfeklierstations aan één kant van het diafragma;
- stadium III: ziekte aan beide zijden van het diafragma;
- stadium IV: infiltratie in beenmerg of meerdere organen.

Daarnaast kunnen nog zogenaamde B-symptomen als koorts, nachtzweeten en gewichtsverlies optreden.

Zwelling in de glandula parotidea – Aanvullende diagnostiek

- cytologische punctie
- MRI- of CT-scan van de glandula parotidea en het halsgebied bij verminderd mobiele zwellingen

➔ *Welke behandeling stelt u voor?*

Behandeling

De behandeling van een pleiomorf adenoom dat zich in de onderpool van de glandula parotidea bevindt, bestaat uit een oppervlakkige partiële parotidectomie op geleide van de n. facialis en zijn vertakkingen. Hierbij wordt het operatiegebied benaderd via een Redon-incisie die vóór de tragus wordt aangelegd en onder de oorlel boogvormig naar de hals wordt verlengd (figuur 6.2.4). Vanwege het vaak zeer dunne (pseudo-)kapsel rondom de tumor is het voor de pathologen dikwijls moeilijk betrouwbare uitslagen over de radicaliteit van het chirurgisch verwijderde proces af te geven. Om te beoordelen of er sprake is geweest van een radicale resectie is de visie van de chirurg, die kan aangeven of hij in staat is geweest het tumorproces macroscopisch in toto te verwijderen, doorslaggevend. Wanneer het kapsel van de tumor tijdens de operatie is gerup-



Figuur 6.2.4 Afgetekende preauriculaire incisie (Redon-incisie) voor een (oppervlakkige) parotidectomie.

tureerd ('tumor spill'), zal het operatiegebied met celdodende vloeistof (aqua destillata) worden nagespoeld. De ernstige bijwerkingen van radiotherapie op de lange termijn wegen niet op tegen de geringe winst op het reduceren van een recidiefkans, zodat men tegenwoordig zeer terughoudend is met postoperatieve radiotherapie na 'tumor spill'.

Maligne parotistumoren worden eveneens chirurgisch behandeld, waarbij een totale parotidectomie wordt uitgevoerd. Daarbij wordt de diepe kwab van de glandula parotidea meegenomen en wordt de n. facialis in opzet gespaard. Ook bij een maligniteit zal men tot het uiterste gaan om de aangezichtszenuw te sparen. In dat geval is het acceptabel dat bij een preoperatief intacte functie van de n. facialis microscopische tumorresten op de zenuw achterblijven, die met aanvullende radiotherapie effectief kunnen worden vernie-

tigd. Is het onmogelijk om de zenuw van het tumorproces los te prepareren, dan is opoffering van de zenuw, of takjes daarvan, onontkoombaar. Met de operatiemicroscop kan een directe zenuwreconstructie worden uitgevoerd door interpositie van een transplantaat van de n. auricularis magnus of de n. suralis.

Tijdens de parotidectomie is het raadzaam de subdigastrische klier (niveau II) voor vriescoupeonderzoek uit te nemen en vast te stellen of er al dan niet sprake is van regionale metastasering. Vanwege de per definitie beperkte resectiemarges volgt na parotidectomie in verband met een maligne parotistumor meestal radiotherapie van de parotisregio en de halslymfeklierniveaus die occulte metastasen kunnen bevatten.

De behandeling van maligne lymfomen bestond vroeger veelal uit uitgebreide radiotherapie; meer recent heeft een verschuiving plaatsgevonden naar combinatiechemotherapie, eventueel gevolgd door radiotherapie van de aangedane stations. De prognose is goed: 70 tot 80% van de patiënten kan worden genezen.

De laatste jaren is er veel aandacht voor de zogenoemde late effecten van de behandeling van deze ziekte (onder andere een grotere kans op tweede tumoren, hart- en vaatziekten en sterilitet). Voor laaggradige lymfomen zijn er geen curatieve opties, met uitzondering van radiotherapie voor het zeldzame stadium I. De ziekte is echter wel chemo- en radiosensitief; de mediane overleving bedraagt acht tot tien jaar. Bij patiënten met een intermediair of hooggradig lymfoom is er met intensieve chemotherapie en/of radiotherapie ongeveer 50% kans op genezing.

De behandeling van het niet-gemetastaseerde wekedelensarcoom is radicale chirurgie. Hieronder wordt onder ideale omstandigheden verstaan het verwijderen van al het tumorweefsel met een ruime marge (2 cm) gezond weefsel rond de tumor. Dat is bij een parotidectomie per definitie onmogelijk en daarom wordt volstaan met een krappere marge, zodat ook hier aanvullende bestraling noodzakelijk wordt.

De rol van (adjuvante) chemotherapie bij de behandeling van het niet-gemetastaseerde sarcoom is nog onderwerp van onderzoek. Bij het gemetastaseerde sarcoom kan palliatieve chemotherapie

een remissie geven bij ongeveer 30% van de patiënten. De overleving, die afhankelijk is van de maligniteitsgraad en de uitbreiding van de tumor, bedraagt gemiddeld 60% na vijf jaar. Rabdomyosarcomen bij kinderen worden behandeld met intensieve chemotherapie gevolgd door chirurgie en/of radiotherapie. Met deze intensieve combinatiebehandeling kan een gemiddelde vijfjaars-overleving van 70 tot 80% worden bereikt wanneer de ziekte initieel tot het hoofd-halsgebied beperkt is gebleven.

Zodra de diagnose tuberculose is gesteld, moet een röntgenfoto van de thorax worden gemaakt en moet de longarts worden geconsulteerd. De behandeling van tuberculose is langdurig en bestaat uit toediening van een combinatie van antibiotica (ethambutol, isoniazide, pyrazinamide, rifampicine) tijdens de eerste twee maanden van de infectie, gevolgd door een onderhoudsbehandeling van isoniazide en rifampicine gedurende een periode van ongeveer vier maanden. Een gelokaliseerde non-tuberculeuze ontsteking op basis van een infectie met een bacil van het *Mycobacterium avium*-complex wordt bij voorkeur medicamenteus behandeld.

Pleiomorf adenoom van de glandula parotis – Behandeling

– oppervlakkige partiële parotidectomie

Beschouwing behandeling

Het grootste risico van een parotidectomie is een beschadiging van de (takjes van de) n. facialis, met als ernstigste complicatie het doorsnijden van de hoofdstam van de zenuw, hetgeen in ervaren handen uiterst zelden gebeurt. Veel vaker is er sprake van een passagere uitval van de zenuw ten gevolge van oedeem van het zenuwweefsel. De incidentie van een (partiële) tijdelijke uitval van de zenuw is ongeveer 15 tot 20%, waarbij de marginale tak het grootste risico loopt. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de zenuw tijdens de ingreep over een lang traject wordt vrij gelegd. Het verdient dan ook krachtige aanbeveling deze ingreep uit te voeren in centra waar

men ruime ervaring heeft. Uiteraard wordt het risico van tijdelijke (partiële) uitval van de zenuw groter door het uitvoeren van een totale parotidectomie in combinatie met het verwijderen van de diepe kwab van de glandula parotidea en het volledig vrijprepareren van de n. facialis en al zijn vertakkingen.

Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst moeten patiënten tijdens de preoperatieve voorbereiding altijd van het risico van een tijdelijke uitval van de zenuw op de hoogte worden gebracht, met de toevoeging dat de zenuw zich vrijwel altijd spontaan herstelt in een periode van enkele weken tot maximaal een half jaar na de ingreep. Doorsnijding, of dissectie van de n. auricularis magnus leidt tot postoperatieve sensibiliteitsstoornissen die ook na verloop van tijd minder worden.

Veel later na de voltooiing van het genezingsproces kan zich bij 10 tot 15% van de patiënten een klinisch manifest syndroom van Frey – ook wel ‘gustatoir zweten’ genoemd – ontwikkelen. De patiënten klagen over transpiratie en roodheid in het operatiegebied vlak voor of tijdens de maaltijd. De pathofysiologie berust op een aberrante reïnnervatie van de parasymphatische secretoire zenuwtakjes van de glandula parotidea met de sympathische takjes naar de zweetklieren en bloedvaten in de huid van de parotisregio. Recent is voor deze sociaal hinderlijke complicatie een effectieve behandeling ontwikkeld in de vorm van lokale injectie van botuline.

Beloop

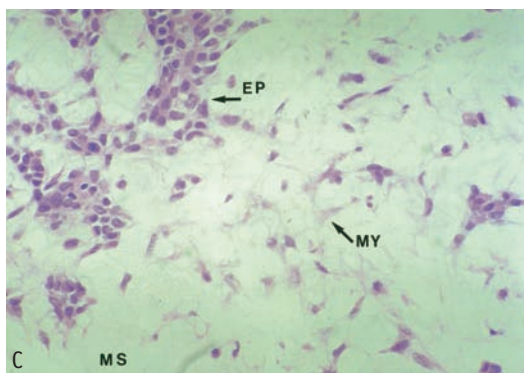
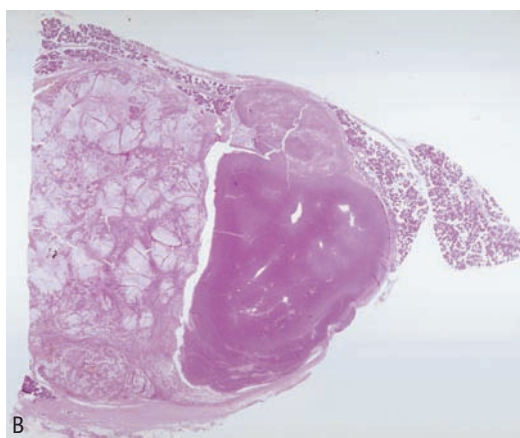
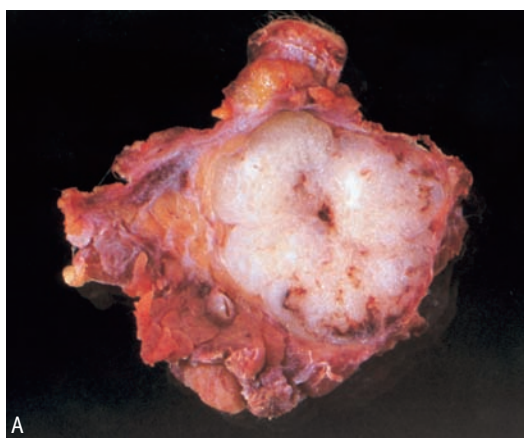
Het postoperatieve beloop van onze patiënt is zeer voorspoedig geweest. Daags na de ingreep kon de wonddrain worden verwijderd en weer een dag later is de patiënt met ontslag gegaan. De functie van de n. facialis is nagenoeg intact gebleven, met een gering achterblijven in de functie van de linker mondtak, die zich na enkele maanden restloos heeft hersteld. De patiënt was zichtbaar opgelucht door de uitslag van het histologisch onderzoek van het operatiepreparaat, waarbij sprake was van een radicaal verwijderd pleiomorf adenoom met een intact kapsel (figuur

6.2.5A en B). Het microscopisch beeld liet verder een epitheliale tumor zien met epitheliale cellen, myxoïd stroma en myo-epitheliale cellen (figuur 6.2.5C). Het pleiomorf adenoom werd vanwege de aanwezigheid van verschillende celcomponenten vroeger wel 'mengtumor' genoemd.

Patiënten met een pleiomorf adenoom van de glandula parotidea, die adequaat zijn geopereerd hebben een minimaal risico dat zich een recidief in de betreffende glandula ontwikkelt. Het is evenwel niet uitgesloten dat zich een tweede tumor in de contralaterale glandula parotidea voordoet. Langdurige poliklinische controle is niet noodzakelijk en de patiënten kunnen na een paar jaar, wanneer zich geen aanvullende proble-

men hebben voorgedaan, uit de controle ontslagen worden.

Voor patiënten met een maligne aandoening is frequentere controle gedurende enkele jaren noodzakelijk. Bij sommige parotiscarcinomen, zoals het adenoïd cysteuze carcinoom, is het niet ongewoon dat de patiënten langzaam groeiende metastasen op afstand ontwikkelen. Sprekende voorbeelden hiervan zijn gedurende vele jaren symptoomloze longmetastasen, waarbij het soms de moeite waard is deze chirurgisch te verwijderen. De overleving van patiënten met een parotiscarcinoom kan variëren van circa 90% voor patiënten met gunstige prognostische parameters tot circa 25% voor patiënten met slechte prognostische indices.



Figuur 6.2.5 A Macroscopische dwarsdoorsnede van een parotidectomiepreparaat, met daarin een pleiomorf adenoom. De gelobde begrenzing en het glazige chondromyxoïde aspect zijn kenmerkend.

B Opgeplakte coupe van het preparaat, zoals getoond in figuur 6.2.5A.

C Microscopisch beeld van een pleiomorf adenoom met drie karakteristieke componenten: myo-epitheliale cellen (MY), myxoïd stroma (MS) (chondromyxoïd) en epitheliale cellen (EP).

Literatuur

- Bradley PJ. Tumours of the salivary gland. In: Jones AS, Phillips DE, Hilgers FJM, editors. Diseases of the head and neck, nose and throat. London: Arnold Publishers; 1998. p. 329-47.
- Leverstein H, Wal JE van der, Tiwari RM, Waal I van der, Snow GB. Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Br J Surg* 1997; 84(3): 399-403.
- Poorten VL van der, Balm AJM, Hilgers FJM, Tan IB, Loftus-Coll BM, Keus RB, et al. The development of a prognostic score for patients with parotid carcinoma. *Cancer* 1999; 85: 2057-67.