

## Een vergrote lymfeklier in de hals: wat te doen?

Een zwelling in de hals is in de meeste gevallen het gevolg van 1 of meer vergrote lymfeklieren en veelal ligt er een onschuldige oorzaak aan ten grondslag. Een zwelling in de hals kan echter vooral bij volwassenen ook een lymfekliermetastase zijn van een maligniteit in het hoofd-halsgebied, bijvoorbeeld een mondholtecarcinoom. Alhoewel palpatie van de hals een eerste indruk kan geven over het aspect van een zwelling in de hals is de betrouwbaarheid van dit onderzoek beperkt, zelfs in ervaren handen. Aanvullend onderzoek is daarom noodzakelijk. Hiervoor staan diverse onderzoeksmethoden ter beschikking, zoals cytologische punctie, echografie, computertomografie en magnetische resonantie. Bij een bewezen maligniteit in de bovenste adem- en voedingsweg kan de schildwachtklierprocedure worden toegepast. De vraag doet zich voor of tandartsen routinematig bij iedere patiënt, of misschien beperkt tot patiënten ouder dan 40 jaar, de hals moeten palperen.

Karagozolu KH, Castelijns J, Bloemena E, Bree R de, Waal I van der. Een vergrote lymfeklier in de hals: wat te doen?  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 267-271  
doi: 10.5177/ntvv.2011.05.10251

### Inleiding

Tandartsen-algemeen practici kunnen in de dagelijkse praktijk worden geconfronteerd met een patiënt met een zwelling in de hals (afb. 1). Vaak zal niet direct duidelijk zijn welke oorzaak een dergelijke zwelling heeft. Vooral bij kinderen en adolescenten kan het een reactief vergrote lymfeklier zijn op basis van een bacteriële of virale infectie (regionale lymfadenitis bijvoorbeeld bij odontogene ontsteking, kattenkrabziekte, cytomegalovirus, niet-tuberculeuze mycobacteriële lymfadenitis en toxoplasmose), een cyste (laterale halscyste, dermoidcyste, atheroomcyste) of een door ontsteking vergrote glandula submandibularis. Bij volwassenen en ouderen bestaat een gerede kans dat een zwelling in de hals het gevolg is van een lymfekliermetastase van een maligniteit in het hoofd-halsgebied, bijvoorbeeld van een plaveiselcelcarcinoom in de mond. De kans op een maligniteit neemt toe wanneer een lymfeklierzwelling in de hals langer dan 4 weken bestaat en er geen algemene ziekteverschijnselen zijn zoals koorts en malaise. Over het algemeen geldt dat een (lymfeklier)zwelling in het bovenste tweederde deel van de hals is gerelateerd aan een proces in de mond of, in ruimere zin, in het hoofd-halsgebied, terwijl een (lymfeklier)zwelling in het onderste derde deel niet zelden zijn oorsprong heeft buiten het hoofd-halsgebied (Takes en Dielissen, 2009).

In dit artikel wordt na een korte beschrijving van de anatomie van de lymfeklieren en -ketens in de hals een overzicht gegeven van de verschillende onderzoeksmethoden voor een vergrote lymfeklier in de hals. Tevens volgt informatie over

### Wat weten we?

Tandartsen spelen een belangrijke rol bij de herkenning en verwijzing van patiënten met een mondholtecarcinoom. In geval van een patiënt met een zwelling in de hals dient na palpatie van de hals aanvullend onderzoek plaats te vinden. Beschikbare onderzoeksmethoden zijn onder andere echografie, al dan niet aangevuld met een echo-geleide cytologische punctie, computertomografie en magnetische resonantie.

### Wat is nieuw?

De vraag doet zich voor of tandartsen routinematig bij iedere patiënt, of misschien beperkt tot patiënten ouder dan 40 jaar, de hals moeten palperen. Voorzover bekend zijn er geen onderzoeken gepubliceerd waarin de zinvolheid van dit onderzoek is onderzocht.

### Praktijktoepassing

Routinematige palpatie van de hals vergt hooguit enkele minuten tijd. Naast de kans op het vroegtijdig ontdekken van relevante afwijkingen bestaat ook een risico op overdiagnostiek en misschien zelfs op overbehandeling.

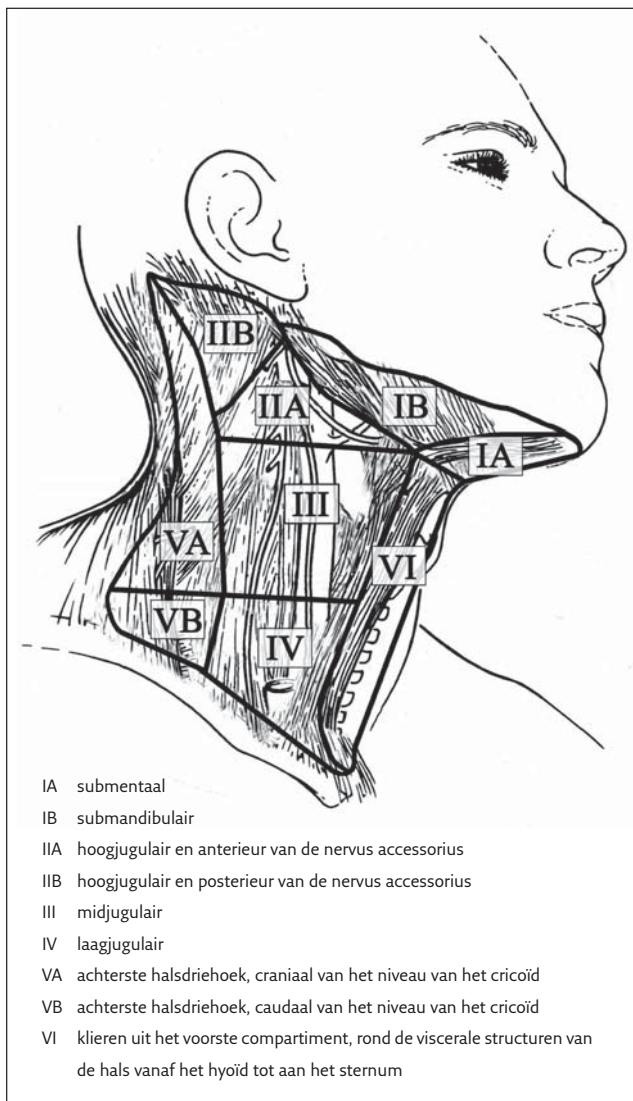
de schildwachtklierprocedure bij een bewezen maligniteit in de bovenste adem- en voedingsweg en over de rol van tandartsen bij (routinematig) onderzoek van de hals.

### Lymfeklieren en -ketens in de hals

De hals vormt de verbinding tussen de romp en het hoofd, waarin een uitgebreid netwerk van lymfeklieren en -ketens bestaat (afb. 2). Dit netwerk kan voor de dagelijkse praktijk eenvoudig worden onderverdeeld in 2 verticale en 2 horizon-



Afb. 1. Al geruime tijd aanwezige, voor het overige asymptomatische zwelling van de hals bij een 73-jarige vrouw.



Afb. 2. Schematische indeling van lymfekliergroepen in de hals (Robbins et al, 2002).

tale lymfeklierketens. De voorste verticale keten ligt diep in de hals onder de musculus sternocleidomastoïdeus en loopt langs de vena jugularis interna. De achterste verticale keten ligt langs de nervus accessorius (de 11e hersenzenuw) en de voorrand van de musculus trapezius. De bovenste horizontale keten wordt onder andere gevormd door de submentale, submandibulaire, pre- en retroauriculaire en parotideale lymfeklieren. De onderste horizontale keten verbindt de voorste en achterste ketens laag in de hals juist ter hoogte van het clavicula (sleutelbeen). Het verzamelde lymfevocht draineert uiteindelijk via grotere lymfevaten op de grote venen laag in de hals, daar waar de vena jugularis interna en vena subclavia samenkomen (De Visscher, 2008).

### Onderzoeksmethoden

De onderzoeksmethoden voor het opsporen van een vergrote lymfeklier in de hals zijn palpatie, cytologische punctie, echografie, al of niet aangevuld met een echogeleide cytologische punctie, computertomografie en magnetische resonantie.



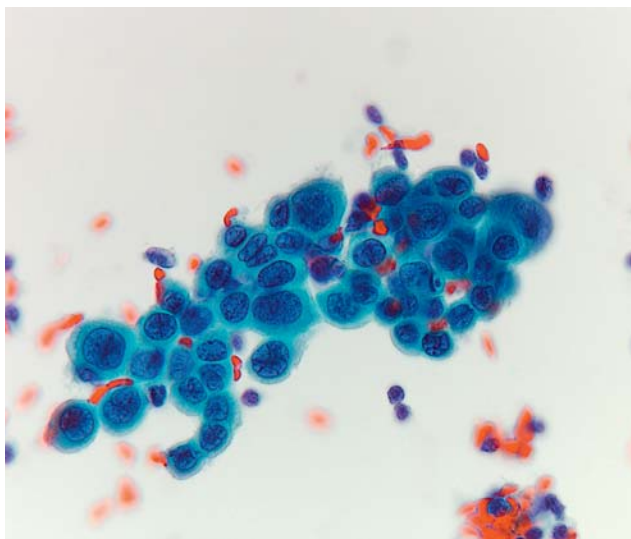
Afb. 3. Bimanuele palpatie van het submentale en submandibulaire gebied.

### Palpatie

Bij palpatie van de hals wordt een eerste klinische indruk over de eventuele aanwezigheid van vergrote lymfeklieren verkregen. Op systematische wijze wordt de hals beiderzijds met de vingers afgetast. Om minimale afwijkingen in de hals te kunnen detecteren, moet palpatie met zachte druk van de vingertoppen plaatsvinden. Bij voorkeur zit de patiënt recht op in een ontspannen houding en op de juiste hoogte voor de handen van de zorgverlener. De gehele hals moet vanaf de onderrand van de onderkaak tot aan de sleutelbeenderen zijn ontbloot. Sieraden en sjaals moeten zijn afgedaan en bovenste knopen van blouses en overhemden losgemaakt. Het onderzoek van de hals kan zittend voor een patiënt worden uitgevoerd. Sommige zorgverleners hebben een voorkeur voor een staande positie achter de patiënt. Belangrijk is dat het hoofd bij palpatie van de hals enigszins afhankelijk naar de te palperen zijde ten einde zoveel mogelijk spierspanning te vermijden die optimale palpatie van de structuren in de hals zou kunnen belemmeren. Palpatie van het submentale en submandibulaire gebied wordt bij voorkeur bimanueel uitgevoerd (afb. 3). Het maakt bij palpatie van de hals en de interpretatie van de diverse structuren veel verschil of de hals slank of dik is.

Wanneer een palpabele zwelling in de hals wordt geconstateerd, is op klinische gronden lang niet altijd duidelijk of het een vergrote lymfeklier betreft of een andere, al of niet pathologisch vergrote structuur, bijvoorbeeld de glandula submandibularis of een zwelling in de onderpool van de glandula parotidea. Een arterie, vooral de bifurcatie van de arteria carotis communis, kan bij palpatie in eerste instantie doen denken aan een vergrote lymfeklier. Wanneer pulsaties worden gevoeld, kan men er in de meeste gevallen van uitgaan dat het een bloedvat betreft en geen lymfeklier. Echter, een tegen de halsslagader gelegen lymfeklier kan ook meepulseren. Ook het os hyoïdeum kan bij palpatie weleens tot verwarring leiden.

Indien men bij palpatie 1 of meer vergrote lymfeklieren vindt, worden de vorm, het aantal, de lokalisatie, de consistentie en de beweeglijkheid ten opzichte van de huid en de onderliggende structuren beoordeeld. Een lymfeklierzwelling ten gevolge van een ontsteking kan week aanvoelen, is meestal pijnlijk en is meestal in korte tijd (dagen) ontstaan.



**Afb. 4.** Punctaat verkregen uit een lymfekliermetastase toont een groep carcinoomcellen omgeven door enkele lymfocytten en erythrocyten (PAP-kleuring, oorspronkelijke grootte x 400).

Een lymfekliermetastase manifesteert zich doorgaans als een niet-pijnlijke vast aanvoelende zwelling. Daarnaast speelt bij de interpretatie van de bevindingen van het halsonderzoek een rol of het om meer dan 1 lymfeklier gaat en of beiderzijds vergrote lymfeklieren aanwezig zijn. Pathologische lymfeklieren zijn soms niet palpabel omdat deze klein zijn of een diepe lokalisatie hebben, bijvoorbeeld onder de musculus sternocleidomastoideus.

Wanneer bij een patiënt met een mondholtcarcinoom bij palpatie van de hals geen voor metastasen verdachte lymfeklierzwellingen zijn gevoeld, wordt gesproken van een klinisch 'negatieve' hals. Er moet dan altijd aanvullend 1 of meer van de andere onderzoeken plaatsvinden.

#### **Cytologische punctie**

Bij een goed palpabele zwelling in de hals kan op eenvoudige wijze een cytologische punctie worden verricht. De cytologische punctie is een belangrijk diagnostisch middel voor het aantonen dan wel uitsluiten van lymfekliermetastasen. Een cytologische punctie wordt doorgaans zonder lokale anesthesie uitgevoerd. Meestal wordt een dergelijke punctie door een cytopatholoog uitgevoerd en beoordeeld. De cytopatholoog zal in veel gevallen een classificerende diagnose kunnen stellen (afb. 4). Soms echter is een zekere uitspraak niet mogelijk. Bij cytologische verdenking op een lymfekliermetastase van een plaveiselcelcarcinoom wordt de beoordeling door de cytopatholoog doorgaans als voldoende betrouwbaar beschouwd om bij het verdere beleid uit te gaan van een 'positieve' lymfeklier. Fout-positieve uitslagen zijn relatief zeldzaam. Soms blijkt op grond van andersoortig aanvullend onderzoek of op basis van tijdens de uitgevoerde chirurgische behandeling verkregen en histologisch onderzocht halsklierweefsel de cytologische punctie fout-negatief te zijn geweest. Een enkele maal kan dit berusten op een beoordelingsfout van de cytopatholoog, maar meestal blijkt het cel-punctaat niet representatief te zijn geweest.



**Afb. 5.** Echogeleide punctie van een halslymfeklier (a); echobeeld laat iets vergrote lymfeklier zien (b).

Bij cytologische verdenking op een maligne lymforeticulaire aandoening, bijvoorbeeld een non-hodgkinlymfoom, wordt altijd aanvullend histopathologisch onderzoek verricht omdat betrouwbare classificatie van een maligne lymfoom alleen kan plaatsvinden op weefselniveau en niet op celniveau. In een dergelijke situatie is het nodig de afwijkende lymfeklier chirurgisch te verwijderen voor histopathologisch onderzoek.

Wanneer cytologisch aanwijzingen worden gevonden voor een ontstekingsproces, kan een enkele maal een nadere specificatie van de ontsteking worden gegeven, zoals 'granulomateuze' ontsteking. Een dergelijke specificatie kan richtinggevend zijn voor aanvullend (bloed)onderzoek. Tevens kan de cytopatholoog bij klinische verdenking op een ontsteking celmateriaal ter beschikking stellen voor microbiologisch onderzoek (Bonk, 1987).

#### **Echografie**

Echografie is een beeldvormende methode die vooral geschikt is voor oppervlakkig gelegen structuren. Deze methode is meestal direct beschikbaar, weinig belastend voor de patiënt en relatief goedkoop. Er wordt gebruikgemaakt van ultrasoon geluid, dat zich door het lichaam verplaatst en weerkaatst op scheidingsvlakken van weefsels met verschillende doordringbaarheid voor de geluidsgolven. De echosignalen worden omgezet in beelden die direct op een



beeldscherm beschikbaar zijn. Echografie is vooral geschikt voor het lokaliseren van niet-palpabele lymfeklieren.

Echografie van de hals kan worden gecombineerd met een cytologische punctie (afb. 5). Op geleide van de echo-beelden kan met een dunne naald via de huid een lymfeklier worden aangeprikt en kan celmateriaal worden opgezogen voor verder cytologisch onderzoek (Oeppen et al, 2010).

#### Computertomografie

Hoewel computertomografie (CT) niet de beeldvormende methode van eerste keuze is, kunnen structuren in de hals, vooral de benige structuren, hiermee goed in beeld worden gebracht. CT brengt het contrast tussen weke delen minder goed in beeld dan echografie. Toch blijkt CT bruikbare informatie over de aanwezigheid van voor metastase verdachte lymfeklieren in de hals te kunnen verschaffen indien deze beeldvormende methode om een andere reden toch al is geïndiceerd (Castelijns en Van den Brekel, 2002).

#### Magnetische resonantie

Magnetische resonantie ('magnetic resonance imaging', MRI), waarbij gebruik wordt gemaakt van magnetische golven, is de beeldvormende methode van eerste keuze wanneer het uitsluitend om informatie over (dieper gelegen) zachte structuren in de hals gaat. MRI geeft uitstekend contrast van de weke delen. Evenals CT kan MRI bruikbare informatie verschaffen over de aanwezigheid van voor metastase verdachte lymfeklieren in de hals. Het voordeel van MRI ten opzichte van CT is dat geen röntgenstraling wordt gebruikt (Castelijns en Van den Brekel, 2002).

#### Schildwachtklierprocedure

Tegenwoordig wordt in sommige kankercentra bij patiënten met kanker in het hoofd-halsgebied routinematig een schildwachtklierprocedure uitgevoerd, ook wanneer palpatie en echografie van de hals geen aanwijzingen voor lymfekliermetastasen hebben opgeleverd. Bij dit concept gaat men ervan uit dat iedere tumor in eerste instantie draineert op 1 of hooguit enkele lymfeklieren, de zogeheten schildwachtklier(en), en dat de eerste lymfekliermetastase altijd in deze schildwachtklier(en) ontstaat (De Bree et al, 2008).

Om de schildwachtklieren in de hals op te sporen, wordt een radioactieve stof rondom de primaire tumor gespoten. Met een gammacamera en een geigerteller kan daarna worden nagegaan in welke lymfeklier(en) de radioactieve stof zich heeft opgehoopt. Deze wordt of worden dan beschouwd als de schildwachtklier(en). Door vervolgens deze radioactieve lymfeklier(en) te verwijderen en minutieus histopathologisch te onderzoeken, wordt nog meer zekerheid verkregen over de metastasering. Dit gegeven is van belang voor de verdere behandeling. Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor lymfekliermetastasering kan de behandeling beperkt blijven tot die van de primaire tumor en is het niet nodig een halsklierdissectie uit te voeren. Wel blijft tijdens het vervolg van een op die manier behandelde patiënt de aandacht gericht op alsnog manifest wordende lymfekliermetastasen.

#### (Routinematig) onderzoek van de hals door tandartsen

Tandartsen spelen een belangrijke rol bij de herkenning en verwijzing van patiënten met een mondholtecarcinoom (Van der Meij, 2008). Het plaveiselcelcarcinoom is het meest voorkomende mondholtecarcinoom en metastaseert vrijwel altijd via de lymfebanen naar de regionale lymfeklieren in de hals. Deze metastasering verloopt meestal volgens een bepaald patroon en is afhankelijk van de lokalisatie van de primaire tumor (Huizing et al, 2007). Hoe groter de tumor, des te groter de kans is op regionale lymfekliermetastasen. Bij ongeveer 30% van de patiënten met een mondholtecarcinoom wordt bij aanvullend onderzoek een lymfekliermetastase in de hals gevonden. Een enkele maal is een lymfekliermetastase in de hals de eerste uiting van een mondholtecarcinoom. Relatief zeldzaam komt een lymfekliermetastase in de hals voor, terwijl geen primaire tumor kan worden opgespoord, ook niet na uitvoerig aanvullend onderzoek.

De prognose van een patiënt met een mondholtecarcinoom wordt in belangrijke mate bepaald door de aanwezigheid van lymfekliermetastasen in de hals. Optimale diagnostiek hiervan vormt daarom een belangrijk onderdeel van het onderzoek bij deze patiëntencategorie.

Een patiënt met een asymptomatische, soms maanden- en zelfs jarenlang aanwezige zwelling in de hals dient bij ontdekking van de zwelling door een tandarts het advies te krijgen de zwelling te laten onderzoeken. Bij verdenking van een maligniteit ligt verwijzing naar een mond-, kaak- en aangezichtschirurg voor de hand.

De vraag doet zich voor of tandartsen routinematig bij iedere patiënt, of misschien beperkt tot patiënten ouder dan 40 jaar, de hals moeten palperen. Een dergelijk onderzoek vergt hooguit enkele minuten tijd. Voorzover bekend zijn er geen onderzoeken gepubliceerd waarin de zinvolheid van dit onderzoek is onderzocht. Naast de kans op het vroegtijdig ontdekken van relevante afwijkingen bestaat ook een risico op overdiagnostiek en misschien zelfs op overbehandeling.

#### Literatuur

- \* *Bonk DI*. De betekenis van de aspiratiecytologie voor de diagnostiek van maligne tumoren. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 269-273.
- \* *Bree R de, Flach GB, Hoekstra OS, Bloemena E, Waal I van der, Leemans CR*. Toepassingen van de schildwachtklierprocedure bij mondholtecarcinomen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2008; 115: 674-677.
- \* *Castelijns JA, Brekel MW van den*. Imaging of lymphadenopathy in the neck. Eur Radiol 2002; 12: 727-738.
- \* *Huizing HE, Snow GB, Vries N de, Graamans K, Heyning P van de*. Keel- en oorheilkunde en hoofd-halschirurgie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- \* *Meij EH van der*. Epidemiologie, etiologie en klinische aspecten van (voorstadia van) mondkanker. Ned Tijdschr Tandheelkd 2008; 115: 186-191.
- \* *Oeppen RS, Gibson D, Brennan PA*. An update on the use of ultrasound imaging in oral and maxillofacial surgery. Br J Oral Maxillofac Surg 2010; 48: 412-418.
- \* *Robbins KT, Clayman G, Levine PA, et al*. Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck

Society and the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 128: 751-758.

- \* Takes RP, Diehlissen PW. Hals. In: Sutter A de, Dhooge I, Ree JW van (red.). Keel-neus-oor-aandoeningen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- \* Visscher JGAM de. Behandeling en prognose van het mondholtcarcinoom. Ned Tijdschr Tandheelkd 2008; 115: 192-198.

### Summary

#### An enlarged lymph node in the neck; what to do?

*A swelling in the neck is often caused by one or more enlarged lymph nodes, usually due to a harmless disorder. Particularly in adults, a swelling in the neck may represent a metastasis of a malignancy in the head and neck region, for instance a squamous cell carcinoma arising from the oral mucosa. Palpation of the neck can provide valuable information, although its reliability is restricted, even when executed by an experienced clinician. Therefore, additional examination is required, for instance by fine needle aspiration cytology, ultrasound examination with or without guided fine needle aspiration, computertomography and magnetic resonance imaging. In case a malignant tumour has been diagnosed in the upper aerodigestive tract, a sentinel node procedure may be performed. The question arises whether general practicing dentists should examine routinely every patient's neck, or only the necks of patients older than 40 years of age.*

### Bron

K.H. Karagozolu<sup>1</sup>, J. Castelijns<sup>2</sup>, E. Bloemena<sup>3</sup>, R. de Bree<sup>4</sup>, I. van der Waal<sup>1</sup>  
Uit <sup>1</sup>de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie/Orale pathologie van het VU medisch centrum/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) in Amsterdam, <sup>2</sup>de afdeling Radiologie, <sup>3</sup>de afdeling Pathologie en <sup>4</sup>de afdeling Keel- Neus- en Oorheelkunde/Hoofd-Halschirurgie van het VU medisch centrum in Amsterdam

Datum van acceptatie: 31 januari 2011

Adres: prof. dr. I. van der Waal, VU medisch centrum/ACTA, postbus 7057, 1007 MB, Amsterdam

i.vanderwaal@vumc.nl