

Jicht in het temporomandibulaire gewricht

Een 76-jarige vrouw met diabetes mellitus type 2 en hypertensie presenteerde zich met een zwelling ter hoogte van het rechter kaakgewricht aan een mondziekten, kaak- en aangezichtschirurg. Vanwege het atypisch klinisch beeld en tekenen van lokale destructie op de initiële panoramische röntgenopname, diende in eerste instantie een maligne proces te worden uitgesloten. Met behulp van uitgebreide diagnostiek en een open biopsie werd de diagnose jicht gesteld.

Deferm JT, Barkhuysen R, Rooy J de, Coppen C, Merckx MAW. Jicht in het temporomandibulaire gewricht

Ned Tijdschr Tandheelkd 2016; 123: 291-293

doi: 10.5177/ntvt.2016.06.16141

Leermoment

Bij een pre-auriculaire zwelling of klachten aan het temporomandibulaire gewricht is een panoramische röntgenopname het eerste keus diagnosticum. Om eventuele maligniteit uit te sluiten is aanvullend computertomografisch onderzoek aan te raden. Indien dat geen aanvulling in de diagnostiek levert, kan weefsel voor onderzoek worden verkregen via een punctie eventueel gevolgd via biopsie. De diagnose van jicht ter hoogte van het kaakgewricht in de differentiële diagnostiek van een pre-auriculaire zwelling wordt dan niet gemist.

Gegeven en anamnese

Een 76-jarige vrouw werd voor een consult verwezen naar een afdeling mond-, kaak- en aangezichtschirurgie. De reden van de verwijzing was een langzaam progressieve pre-auriculaire zwelling rechts (afb. 1). Sinds een maand ondervond de vrouw tevens klachten van gehoorvermindering en oorpijn. Zij was reeds bekend met diabetes mellitus type 2 en arteriële hypertensie waarvoor zij behandeld werd met orale antidiabetica en antihypertensiva.

Diagnostiek

Klinisch onderzoek toonde een vast-elastische zwelling met een diameter van 5 cm ter hoogte van de oorspeekselklier, los van de overliggende huid, maar gefixeerd aan de omliggende diepere weefsels. De mondopening was normaal en bij onderzoek van de faciale motoriek bleek de aangezichtsenuw volledig intact. Een standaard panoramische röntgenopname toonde een uitgebreide aantasting van de

morfologie van het rechter kaakgewricht (afb. 2). Om meer duidelijkheid te verkrijgen omtrent de karakteristieken van de zwelling en de uitbreiding naar de omgevende weefsels, werd gekozen voor het uitvoeren van een MRI-scan. De scan toonde een grote massa in de masticatorloge met parafaryngeale uitbreiding (afb. 3a). Tevens werden enkele aspecifiek vergrote lymfeklieren waargenomen.

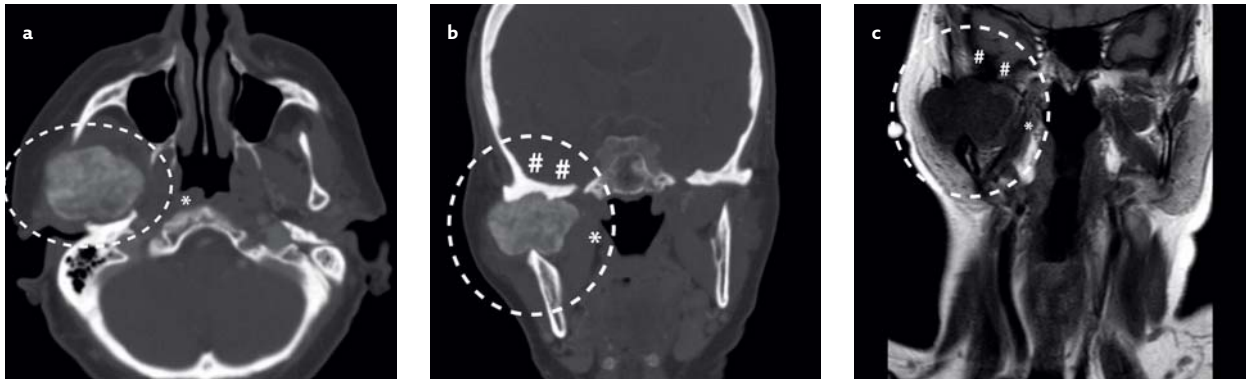
Om meer informatie te verkrijgen voor de diagnostiek werd een cytologische punctie van de zwelling verricht. Het celonderzoek toonde de aanwezigheid van atypische en meerkernige cellen aan, een bevinding die kon duiden op een maligne oorsprong van de laesie. Gezien het feit dat de bevindingen van de anamnese, het klinisch en beeldvormend onderzoek niet conclusief noch geruststellend waren, werd de ziektegeschiedenis van de patiënt besproken in een multidisciplinair hoofd-halsoncologieteam. Mogelijkheden in de differentiële diagnose waren osteosaroom, Ewing-saroom, metastase of lymfoom.



Afb. 1. Vooraanzicht patiënt toont een pre-auriculaire zwelling rechts (pijltjes).



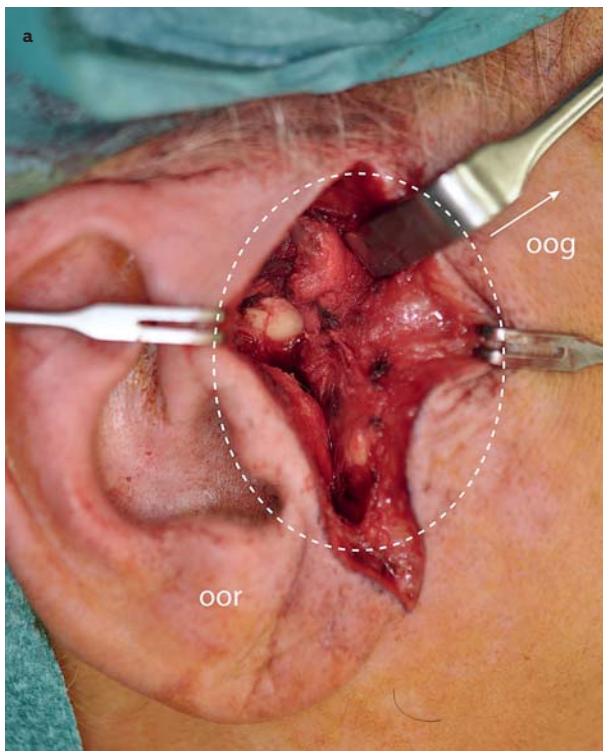
Afb. 2. Panoramische röntgenopname toont een forse destructie van de morfologie van de condylus van het rechter kaakgewricht (ster). Tevens is een diffuus afgelijnde, radio-opake massa zichtbaar, projecterend over het rechter kaakgewricht (stippellijn).



Afb. 3. a t/m c. MRI- (a) en CT-scan (b en c) tonen een forse massa in de rechter masticatorloge (stippellijn) met uitbreiding naar de parafaryngeale loge (*) alsook tot net aan het os temporale en schedelbasis (#).

Eenzijds werd besloten aanvullend een computertomogram te vervaardigen om aantasting van de nabijgelegen botstructuren in kaart te brengen, anderzijds vond een tweede celonderzoek plaats van de vergrote lymfeklieren in de hals. De CT-scan toonde een aantasting van de onderrand van het os temporale ter hoogte van rechter kaakgewricht, waarbij de zwelling zelf ook deels verbeende structuren omvatte (afb. 3b). Bij de echografisch geleide punctie van een vergrote lymfeklier werden geen kwaadaardige cellen geïsoleerd. Zelfs na deze aanvullende onderzoeken kon op dat ogenblik geen diagnose van het ziektebeeld worden gesteld.

Vervolgens werd besloten om onder algehele anesthesie een 'open' biopsie van de zwelling uit te voeren. Peroperatief was hierbij opvallend dat het ruimte-innemende proces zich presenteerde buiten het kaakgewrichtskapsel met hierin verschillende wit-gele korrelige substanties (afb. 4a). Na het nemen van het weefselbiopt toonde het pathologisch onderzoek ontstekingscellen met in het preparaat verspreide kristalstructuren (afb. 4b). Er werden geen kwaadaardige cellen gevonden.



De bevindingen tijdens de biopsie en het weefselonderzoek leidden, samen met de voorgaande resultaten, tot de diagnose jicht, uitgaande van het temporomandibulaire gewricht.

Behandeling

De patiënt werd verwezen naar een reumatoloog, waar een gepaste medicamenteuze behandeling (colchicine 0,5 mg 2 maal daags gedurende 10 dagen) werd gestart. Deze behandeling resulteerde in een snelle afname van de klachten en de aanwezige zwelling. Na genezing van de biopsiewond werd de patiënt verder gevolgd op de afdeling reumatologie. Na 6 weken was er nagenoeg volledige resolutie van klachten en zwelling.

Beschouwing

Jicht is een vaak voorkomende, in essentie goedaardige aandoening, die zich doorgaans presenteert als een pijnlijke ontsteking ter hoogte van pols-, knie- en ellebooggewricht. Het meest frequent is het basisgewricht van de grote teen aangetast.



Afb. 4. Open biopsie van het rechter kaakgewricht (stippellijn) via pre-auriculaire toegangsweg toont een wit-gele korrelige substantie (a). Het weefselbiopt, dat vervolgens pathologisch werd onderzocht (b).

Een te hoge concentratie van urinezuur in het bloed kan leiden tot het vormen van urinezuurkristallen, die in bepaalde gewrichten een hevige ontstekingsreactie kunnen veroorzaken met pijn, zwelling, roodheid en functiebeperking van het aangetaste gewricht. Indien onbehandeld, kan het ontstekingsproces uiteindelijk leiden tot een lokale destructie van de omgevende weefsels. Het ziektebeeld wordt frequenter gezien bij patiënten met diabetes mellitus, bij inname van diuretica (bijvoorbeeld in behandeling van arteriële hypertensie) en bij vrouwen na de menopauze (er is een beschermend effect van het vrouwelijk hormoon oestrogeen) (Gross et al, 1987; Appel et al, 2001).

In de wetenschappelijke literatuur zijn verschillende casussen beschreven met jicht ter hoogte van het temporomandibulaire gewricht (Kleinman et al, 1969; Suba et al, 2009; Bhattacharyya et al, 2010). Bij een ontsteking van dit gewricht staan symptomen van lokale pijn (erger bij kauwen en beweging), zwelling en beperkte mondopening op de voorgrond. Bij de beschreven patiënt was er initieel enkel sprake van een pre-auriculaire zwelling met afwezigheid van verdere symptomen. Zowel de klinische presentatie als het aangetaste gewricht waren atypisch voor jicht, waardoor het stellen van de correcte diagnose werd bemoeilijkt en de tijd tot het instellen van een goede behandeling werd verlengd.

Discussie

Deze casus geeft aanleiding tot het stellen van de vraag hoe de diagnose van jicht ter hoogte van het kaakgewricht sneller kan worden vastgesteld (Barthélémy et al, 2001; Bhattacharyya et al, 2010). Immers, hoe eerder de correcte diagnose kan worden gesteld, hoe minder destructie van het gewricht, hoe sneller de (eenvoudige) therapie met colchicine wordt gestart en hoe beter de prognose. Uiteraard moeten bij een snellere diagnose ook andere ernstige, meer courante, oorzaken van kaakgewrichtsaantasting niet uit het oog worden verloren.

Zoals eerder aangegeven was de initiële klinische presentatie aspecifiek en wordt het belang benadrukt van een panoramische röntgenopname bij afwijkingen die zich uitstrekken over een groter gebied. Indien aantasting van de benige structuur rondom een kaakgewricht wordt waargenomen is dit een alarmsymptoom voor een maligniteit, wat noodzaakt tot verder onderzoek. Nader onderzoek gebeurt het beste na overleg met een mka-chirurg en zo mogelijk ook een radioloog. Na het uitvoeren van verschillende 'niet-invasieve' diagnostische procedures bleek het in deze casus niet mogelijk een juist ziektebeeld te verbinden aan de lijst met differentiële diagnoses (osteosaroom, Ewing-saroom, metastase of lymfoom). In geval van progressieve groei en lokale weefseldestructie dient een kwaadaardig proces te worden uitgesloten. Omdat de behandeling na een diagnose van een maligne bottumor heel anders is dan de behandeling van jicht, illustreert deze casus ook het belang van weefselonderzoek, zelfs indien een 'open' chirurgische biopsie noodzakelijk is.

Oriënterend bloedonderzoek naar urinezuur werd bij

deze patiënt niet verricht en had mogelijk aanvullende informatie voor de diagnose kunnen opleveren. Het is echter belangrijk om te weten dat jicht niet altijd gepaard gaat met een verhoogde concentratie urinezuur en een verhoogde concentratie urinezuur leidt omgekeerd niet noodzakelijk tot een jichtaanval.

Literatuur

- * Appel T, Bergé S, Conrad R, Süess K. Calcium pyrophosphate arthropathy (pseudogout) of the temporomandibular joint. Mund Kiefer Gesichtschir 2001; 5: 61-64.
- * Barthélémy I, Karanas Y, Sannajust JP, Emering C, Mondié JM. Gout of the temporomandibular joint: pitfalls in diagnosis. J Craniomaxillofac Surg 2001; 29: 307-310.
- * Bhattacharyya I, Chehal H, Gremillion H, Nair M. Gout of the temporomandibular joint: a review of the literature. J Am Dent Assoc 2010; 141: 979-985.
- * Gross BD, Williams RB, DiCosimo CJ, Williams SV. Gout and pseudogout of the temporomandibular joint. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987; 63: 551-554.
- * Kleinman HZ, Ewbank RL. Gout of the temporomandibular joint. Report of three cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1969; 27: 281-282.
- * Suba Z, Takács D, Gyulai-Gaál S, et al. Tophaceous gout of the temporomandibular joint: a report of 2 cases. J Oral Maxillofac Surg 2009; 67: 1530-1539.

Summary

Gout in the temporomandibular joint

A 76-year-old woman, with a medical history of diabetes mellitus and hypertension, presented herself to an oral and maxillofacial surgeon with a sudden pre-auricular swelling of the right temporomandibular joint. As a result of the atypical clinical appearance and signs of local destruction in the initial panoramic x-ray, a malign process was first eliminated from consideration. With the aid of extensive diagnostics and an open biopsy, the diagnosis of gout was established.

Bron

J.T. Deferm¹, R. Barkhuysen², J. de Rooy³, C. Coppen¹, M.A.W. Merckx¹
 Uit ¹de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichts chirurgie van het Radboudumc in Nijmegen, ²de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichts chirurgie van het St Anna ziekenhuis te Geldrop en ³de afdeling Radiologie van het Radboudumc in Nijmegen
 Datum van acceptatie: 9 april 2016
 Adres: mw. J.T. Deferm, Radboudumc, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
 julie.deferm@icloud.com