

# Ongewone lokalisatie van een mondholtecarcinoom

Een 52-jarige vrouw werd gezien met een klein plaveiselcelcarcinoom van de gingiva palatinaal van de gebitselementen 21 en 22. Deze lokalisatie is relatief zeldzaam voor een plaveiselcelcarcinoom. De behandeling bestond uit een partiële bovenkaakresectie. Het operatiedefect werd gesloten door middel van een defect-frameprothese. Tot op heden, ongeveer 5 jaar na de behandeling, hebben zich geen tekenen van recidief of metastasering voorgedaan.

Kuin D, Croonenburg EJ van, Waal I van der. Ongewone lokalisatie van een mondholtecarcinoom  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 139-140

## Gegeven

In februari 2002 werd een toen 52-jarige vrouw door haar tandarts naar de kaakchirurg verwezen in verband met een door hem niet te verklaren pijnlijke plek van de gingiva, palatinaal van de gebitselementen 21 en 22. De patiënt had niet eerder dergelijke klachten op die plaats of elders in de mond gehad. Zij vertelde gezond te zijn en geen medicijnen te gebruiken. Ze rookte ongeveer 10 sigaretten per dag en gebruikte incidenteel alcohol.

## Onderzoek

Bij intraoraal onderzoek werd een gesaneerde dentitie gezien. De gingiva palatinaal van de gebitselementen 21 en 22 was licht gezwollen en toonde een enigszins onregelmatig oppervlak. De maximale afmeting van de afwijking bedroeg ongeveer 1 x 2 cm (T0: grootste afmeting van de tumor is 2 cm) (afb. 1). De laesie was licht gevoelig bij palpatie. Gelet op de aanwezigheid van onderliggend bot kon geen indruk worden verkregen over eventuele induratie. De gebitselementen 21 en 22 waren niet verhoogd mobiel. Er waren geen pockets sondeerbaar. Beide gebitselementen reageerden positief op de vitaliteitstesten. Bij dichtbijten was er geen contact tussen de laesie en het onderfront. Elders in de mond werden geen afwijkingen aangetroffen. Op de tandfoto ter plaatse van de gebitselementen 21 en 22 werden geen aanwijzingen voor botaantasting gezien.

De voorlopige diagnose werd, zij het met enige aarzeling vanwege de lokalisatie, gesteld op plaveiselcelcarcinoom. Laatstgenoemde diagnose werd bevestigd door het histopathologisch onderzoek van een biopt. Onderzoek van de hals, waarbij gebruik werd gemaakt van echoscopie, leverde geen verdenking voor lymfkliermetastasen (N0: geen regionale lymfeklieren). Er waren evenmin aanwijzingen voor uitzaaiingen elders in het lichaam (M0: geen metastasen op afstand). De stadiëring van dit gingivacarcinoom luidde dan ook: T1N0M0 (Sobin en Wittekind, 2002).



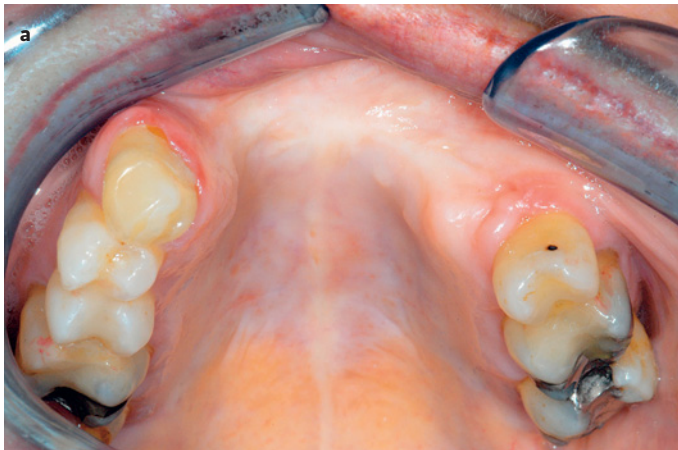
Afb. 1. Klinisch aspect van de gingiva palatinaal van de gebitselementen 21 en 22; het beeld is verdacht voor een plaveiselcelcarcinoom.

## Behandeling en nazorg

De behandeling bestond uit een onder algehele anesthesie uitgevoerde partiële bovenkaakresectie met medeverwijdering van de gebitselementen 12 tot en met 24. Het defect werd direct peroperatief gesloten met een voorlopige, met guttapercha aangepaste, plaatprothese. Uit het onderzoek van de patholoog bleek dat de resectieranden vrij van tumor waren en dat er geen ingroei van tumorweefsel in het bot was opgetreden. Er bestond derhalve geen indicatie voor aanvullende chirurgische behandeling, noch voor nabestraling.

De tijdelijke prothetische voorziening werd na enkele maanden vervangen door een definitieve defectprothese (afb. 2). De patiënt voelde geen behoefte het bovenkaakdefect door middel van een vrij gevasculariseerd bottransplantaat, waarin dan eventueel implantaten zouden kunnen worden aangebracht, te herstellen.

Tot op heden, 5 jaar na de behandeling, heeft zich geen recidief voorgedaan. Evenmin hebben zich metastasen in de lymfklieren van de hals ontwikkeld. De patiënt is destijds met roken gestopt.



Afb. 2. Operatiedefect (a) en definitieve prothetische voorziening (b).

### Beschouwing

Er zijn verschillende redenen om deze ziektegeschiedenis op papier te zetten. Ten eerste heeft de tandarts zeer adequaat gehandeld door de patiënt vroegtijdig naar een kaakchirurg te verwijzen voor nader diagnostisch onderzoek en eventuele behandeling. Een ander opvallend aspect is dat bij deze patiënt geen sprake was van excessief rook- en drinkgedrag – ook niet in het verleden – dat zo kenmerkend is voor het merendeel van de patiënten met een mondholtcarcinoom. Bijzonder bij deze patiënt was bovendien de lokalisatie van de tumor. Mondholtcarcinomen komen betrekkelijk zelden in de bovenkaak voor en een lokalisatie in het tandvles is nog extra zeldzaam. Uit de literatuur zou weliswaar kunnen worden opgemaakt dat carcinomen met enige regelmaat in de ‘gums’ voorkomen, maar vermoedelijk betreft het in het merendeel van de gevallen carcinomen in het slijmvlies van een edentaaat gedeelte van de processus alveolaris.

Was er geen andere behandeling mogelijk geweest dan de thans uitgevoerde partiële bovenkaakresectie? Ja zeker, maar dan met een kleinere kans op een goed resultaat op lange(re) termijn. Excisie van alleen de tumor met intact laten van het onderliggende bot en sparen van de gebitselementen zou een reële kans hebben ingehouden op het ontstaan van een recidief. De dan noodzakelijke chirurgische verwijdering is meestal uitgebreider dan thans in eerste opzet het geval is geweest. Primaire bestraling van een carcinoom van het tandvles heeft

niet alleen een minder goede kans op genezing dan chirurgie, maar kan bovendien tot veel en soms blijvende bijwerkingen leiden. Helaas zijn er geen geneesmiddelen die effectief zijn in het behandelen van een primair mondholtcarcinoom, ook al wordt chemotherapie wel toegepast bij palliatie of, als primaire therapie in combinatie met bestraling, bij behandeling van grote mondholtetumoren.

### Literatuur

- > Sobin, LH, Wittekind Ch. TNM Classification of Malignant Tumours. International Union Against Cancer. New York: Wiley-Liss, 2002.

### Summary

#### Unusual location of an oral squamous cell carcinoma

A 52-year-old woman was found to have a small squamous cell carcinoma of the palatal gingiva of teeth 21 and 22. Such a location is extremely rare. Treatment consisted of a partial maxillectomy. The defect was closed by a partial denture. During the 5 year follow-up period no signs of local recurrence or metastatic spread occurred.

### Bron

D. Kuin, E.J. van Croonenburg, I. van der Waal

Uit de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie/Orale Pathologie van het Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc)/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)

Datum van acceptatie: 17 oktober 2006

Adres: prof. dr. I van der Waal, VUmc, postbus 7057, 1007 MB Amsterdam

[i.vanderwaal@vumc.nl](mailto:i.vanderwaal@vumc.nl)