

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24809>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

klachten meer. Microbiologisch en pathologisch-anatomisch onderzoek lieten geen aanwijzingen zien voor pathogene micro-organismen (met name geen schimmels) of maligniteit. Differentiaaldiagnostische overwegingen in dit verband zijn: (a) bacteriële/virale sinusitis, (b) 'allergic fungal sinusitis', (c) schimmelinfectie, (d) mucocele van het sfenoid en (e) polyposis nasi. Slechts bij (a), (c) en (d) werd eerder een N.-abducensparese beschreven.

M.Wagenaar (Nijmegen), *Snurken gerelateerd aan mondholtetumoren*

In de literatuur wordt gemeld dat 30 tot 50% van de snurkers tevens lijdt aan een licht of ernstig obstructief slaapapnoesyndroom (OSAS). Bij snurkers die klagen over vermoeidheid gedurende de dag moet men hierop bedacht zijn. Het verrichten van een polysomnografisch onderzoek is bij hen geïndiceerd. Indien een OSAS wordt aangetoond heeft de behandeling hiervan de hoogste prioriteit.

Er werden 3 patiënten met klachten van snurken gepresenteerd. Alledrie bleken zij tevens een ernstig OSAS te hebben. De problemen werden veroorzaakt door mondholtetumoren, waaronder een pleomorf adenoom van de glandula parotidea en een dermoïdcyste en epidermoïdcyste van de mondbodem. Langs chirurgische weg werden deze obstructiecomponenten verwijderd. De slaapapnoes verdwenen hierna, maar de snurklachten persisteerden.

Een duidelijke obstructie of vernauwing van de luchtweg kan een oorzaak van snurken en OSAS zijn. Frequent blijkt instabiliteit van respiratoire en musculaire controle hier tevens een belangrijke rol in te spelen en zo de oorzaak te zijn van het persisteren van de klachten na het chirurgisch opheffen van de obstructie.

J.P.de Mönnink (Nijmegen), *Globus- en dyspnoeklachten door een reuzenpoliep van de oesofagus*

Anamnese. Een 58-jarige man presenteerde zich met sinds 2 jaar bestaande progressieve dysfagie- en globusklachten en regelmatig optredende ernstige dyspnoeaanvallen. Tijdens een dergelijke aanval voelde patiënt in het bovenste deel van zijn luchtweg een obstruerende massa welke hij kon wegslikken; hierna verdween de dyspnoe.

KNO-onderzoek. Geen afwijkingen.

Aanvullend onderzoek. Op een slikfoto met contrastmiddel waren 2 polypoïde afwijkingen in de slokdarm zichtbaar. Bij flexibele oesofagoscopie werd een 14 cm lange, bilobulaire poliep in het vrije lumen van de oesofagus gezien. Bij echo-endoscopie bleek dat de diameter 1,2-1,9 cm bedroeg en dat er geen grote vaten in de steel zaten.

Diagnose. Reuzenpoliep van de oesofagus.

Beschouwing. De fibrovasculaire (reuzen)poliep van de oesofagus is de meest voorkomende goedaardige mucosale-intraluminale oesofagustumor. Deze ontstaat doorgaans juist distaal van het pars cricopharyngea musculi constrictoris pharyngis inferioris; dit is een relatief nauw gedeelte van de oesofagus, er is sprake van een redundante mucosa en de onderliggende musculaire laag is relatief efficiënt (gebied van Laimer-Häckermann). De poliep ontstaat als nodulaire mucosale verdikking en groeit uit ten gevolge van de propulsieve krachten tijdens het slikken. Ondanks de grote omvang van de poliep zijn er meestal relatief weinig klachten.

Therapie. Bij de patiënt vond een transcervicale extirpatie van de poliep plaats. Histopathologisch onderzoek bevestigde de diagnose. Het postoperatief beloop was voorspoedig, met een restloos herstel.

E.A.M.Mylanus en H.A.M.Marres (Nijmegen), *Respiratoire insufficiëntie als gevolg van een gesekwestreerde encefalocele*

Na een ongestoorde zwangerschap en partus werd een jongen geboren met een normaal voorkomen. Direct postnataal ontstond een respiratoire insufficiëntie als gevolg van een bovenste-luchtwegobstructie. Er volgde een transnasale intubatie, waarna goede saturaties werden verkregen.

Onderzoek. Een inspectie onder narcose toonde een zwelling voornamelijk aan de rechter zijde van oro- en nasofarynx, vanaf het dak van de nasofarynx reikend tot in het palatum molle en lateraal tot aan het niveau van de tongbasis. De mucosa was overal intact. Een röntgenfoto van de thorax, uitgebreid laboratoriumonderzoek, echo-onderzoek van de nieren en een elektro-encefalogram leverden geen bijzonderheden op. Op een MRI-scan werd parasellair rechts een ruimtinnemende afwijking gezien, intracranieel echter mogelijk extraduraal gelegen, zich door de schedelbasis voortzettend naar de parafaryngeale ruimte rechts. Op een CT-scan was ter hoogte van de overgang van het foramen ovale en het foramen lacerum rechts een defect zichtbaar van 10 mm doorsnede.

Therapie. Door middel van een transorale debulking werd materiaal verkregen voor histopathologisch onderzoek; er werd matuur hersenweefsel aangetoond, zonder aanwezigheid van meningen. Na deze ingreep kon het patiëntje succesvol gedetubeerd worden.

Conclusie. De aanwezigheid van matuur hersenweefsel extracranieel in contact met intracranieële structuren past bij een encefalocele. De afwezigheid van meningen en liquor en de mogelijk extradurale ligging van de afwijking kunnen wijzen op een gesekwestreerde vorm. De aandoening is zeer zeldzaam. De lokalisatie van het defect in de schedelbasis, zoals bij deze patiënt, werd nooit eerder beschreven. Aangezien een chirurgische exploratie een grote morbiditeit kan geven, werd een expectatief beleid gevoerd.