

## MOnd- en kaakziekten

### Een ongewone radiolucentie

Isaac van der Waal\*

*TandartsPraktijk* jaargang 31, nummer 11 p. 34-35

#### Inhoud

- [Anamnese](#)
- [Röntgenfoto's](#)
- [Differentiële diagnose en verder beleid](#)
- [Bevindingen van internist-endocrinoloog; verder beleid](#)
- [Nawoord](#)

#### Anamnese

Ongeveer driemaanden geleden heeft zich bij een 27-jarige vrouw een abces ontwikkeld, linguaal van gebitselementen 46 en 47. Op de toen gemaakte tandfoto werd aan de distale radix van 46 enige resorptie aangetroffen en leek sprake van een diffuse lucente verandering van de botstructuur rond de wortelpunt van laatstgenoemde radix. De 46 en 47 waren mobiel. Patiënte werd naar een tandarts-parodontoloog verwezen, alwaar uiteindelijk gebitselement 46 werd geëxtraheerd. Sindsdien is patiënte klachten blijven houden over een drukkend gevoel in de onderkaak - niet zozeer in het vierde kwadrant maar meer paramediaan links.

Aanvankelijk leek sprake te zijn van paresthesie van de rechterhelft van de onderlip, maar desgevraagd gaf patiënte aan dat daarvan nu geen sprake meer was.

Patiënte vertelde zich niet ziek te voelen. Er had zich in de afgelopen periode geen koorts voorgedaan. In feite was de medische anamnese blanco. Er was geen medicatie in het spel.

Bij extraoraal onderzoek werden geen bijzonderheden gezien of gevoeld in het hoofd-halsgebied. Bij intraoraal onderzoek werd een goed onderhouden dentitie gezien (**afb. 1**). Zoals bekend, was sprake van een ontbrekende 46. Op de plaats waar patiënte het drukkende gevoel aangaf, paramediaan links in de onderkaak, leek sprake van een geringe vervlakking van de omslagplooï, enigszins gevoelig bij palpatie. Geen van de gebitselementen in de onderkaak was verhoogd mobiel. Er werden geen pockets geconstateerd. Er was sprake van een normale occlusie.

#### Röntgenfoto's

Op het OPT werd een enigszins begrensde radiolucentie aangetroffen, reikend vanaf gebitselementen 31–35. Als aanvulling op het orthopantomogram werd nog een tandfoto gemaakt van de elementen 33–34. Daarop leek sprake van geringe resorptie van met name de wortelpunt van 34 (**afb. 2**). Vooralsnog werd geen aanvullende beeldvorming in de vorm van (CB)CT-onderzoek of eventueel botsintigrafie noodzakelijk geacht.

#### Differentiële diagnose en verder beleid

Gelet op de klinisch-röntgenologische aspecten werden de volgende diagnostische mogelijkheden overwogen: 1. keratocysteuze dentogene tumor (vroeger keratocyste genoemd), 2. ameloblastoom, 3. fibro-osseuze afwijking, in het bijzonder een centrale reuscel-lesie. De mogelijkheid van een simpele beencyste werd min of meer verworpen op grond van de eigenlijk al hoge leeftijd van patiënte voor deze diagnose en ook vanwege het ontbreken van een duidelijke corticale lijn rond de afwijking, zoals deze wordt gezien bij een simpele beencyste.

Besloten werd tot het uitvoeren van een proefexcisie onder lokale anesthesie. Er werd een marginale incisie uitgevoerd in de regio 32–34. Direct bij het afschuiven van het mucoperioost bleek het buccale corticale bot ten dele te zijn geperforeerd en was bruinrood, week aanvoelend weefsel zichtbaar. Daarmee stond vast dat het hier niet om een keratocysteuze dentogene tumor ging. Vanwege het bruinrode aspect werd vooral gedacht aan de mogelijkheid van een reuscelgranuloom en werd de diagnose ameloblastoom minder waarschijnlijk geacht. De biopsiewond werd primair gesloten in afwachting van het histopathologische onderzoek.

Door de patholoog werd het klinische vermoeden op het bestaan van een reuscelafwijking bevestigd (**afb. 3**). In het verleden werd daarvoor de term reuscelgranuloom gebruikt. Aangezien een dergelijke afwijking niet op een

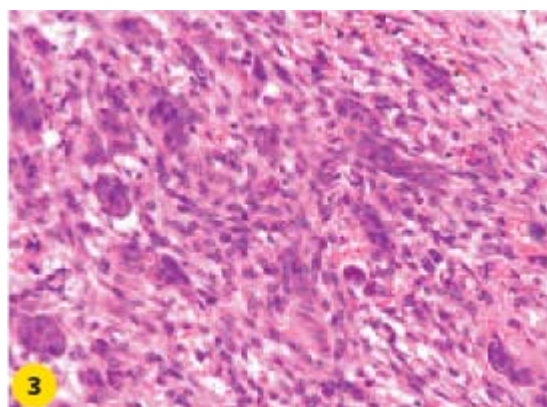
reactieve verandering lijkt te berusten, is de uitgang 'granuloom' in de huidige classificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie vervangen door 'lesie'. Het kan bij een in het kaakbot gelegen reuscellesie gaan om een solitaire afwijking zonder dat er verder lichamelijke afwijkingen zijn. Een enkele maal echter blijkt een reuscellesie van het kaakbot te berusten op een uiting van hyperparathyreoïdie. Om die reden werd oriënterend bloedonderzoek bij patiënte uitgevoerd. De waarden van calcium en fosfaat bleken 3.43 mmol/l (normaal 2.2–2.6), respectievelijk 0.54 mmol/l (normaal 0.70–1.40) te bedragen; het serumfosfaatgehalte bedroeg 104 pmon/l (normaal 40–60). Patiënte werd verwezen naar de internist-endocrinoloog in verband met sterke verdenking op hyperparathyreoïdie.



Afb. 1 Intraoraal aspect zonder duidelijke afwijkingen. Let op de ontbrekende 46.



Afb. 2 Tandfoto regio 32–34 toont een min of meer begrensde periapicale lucentie.



Afb. 3 Histopathologisch beeld van een reuscellesie; het beeld is histo-pathologisch niet te onderscheiden van dat van een uiting van hyper-parathyreoïdie (HEkleuring; oorspr. verg. x200).



**Afb. 4** Tandfoto toont lucentie rond vooral de distale radix van 46; er is sprake van verlies van de lamina dura van 46 en ook van 47.

## Bevindingen van internist-endocrinoloog; verder beleid

Op grond van voornoemde bloedwaarden, alsmede op grond van de bevindingen van een bijschildklierscan werd door de internist-endocrinoloog het vermoeden uitgesproken op aanwezigheid van een bijschildklieradenoom. Aanvullend skeletonderzoek werd niet zinvol geacht, aangezien dat geen invloed zou hebben op de verdere behandeling. Patiënte werd verwezen naar de afdeling heelkunde voor operatieve verwijdering van het vermoede adenoom. De behandeling heeft inmiddels plaatsgevonden. Bij histopathologisch onderzoek bleek sprake te zijn van een goedaardig adenoom.

De verwachting is dat de lesie in het onderkaakbot zich nu spontaan zal herstellen. Er is op dit moment nog een te korte follow-up periode geweest om dit herstel daadwerkelijk röntgenologisch vast te leggen. Er zal klinischgenetisch onderzoek worden uitgevoerd om na te gaan of sprake is van het erfelijke hyperparathyreoïdie-kaaktumorsyndroom.

## Nawoord

Het parathyreoïdhormoon (PTH) speelt een rol bij de bothuishouding. Bij hyperparathyreoïdie is sprake van overproductie van PTH. Er wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire hyperparathyreoïdie.

De oorzaak van primaire hyperparathyreoïdie is meestal gelegen in een goedaardig gezwel van één van de vier bijschildkliertjes. In zeldzame gevallen is sprake van het erfelijke hyperparathyreoïdie-kaaktumorsyndroom.

Secundaire hyperparathyreoïdie treedt op wanneer sprake is van een chronisch verlaagd calciumgehalte in het serum. Meestal is dit het gevolg van een chronische nieraandoening waardoor minder vitamine D wordt geproduceerd met als gevolg een verminderde opname van calcium door de darmen.

Eén van de eerste röntgenologische veranderingen bij hyperparathyreoïdie is verlies van de lamina dura van de gebitselementen. Behalve in het kaakbot - meestal betreft het de onderkaak - kunnen reuscellies bij hyperparathyreoïdie ook voorkomen in de sleutelbeenderen, de pijpbeenderen, de ribben en het bekken, hetzij in solitaire, hetzij in multi-pele vorm.

Achteraf bezien lijkt de enkele maanden eerder opgetreden problematiek in de regio van de elementen 46 en 47 vrijwel zeker te hebben berust op het gevolg van hyperparathyreoïdie. Het beeld van de destijds vervaardigde röntgenfoto past daar goed bij (**afb. 4**). Opvallend is dat na extractie van de 46 sprake is geweest van een normale wondgenezing. Ook het bot in deze regio toonde drie maanden later weer een normaal aspect. Patiënte vroeg zich af of de diagnose hyperparathyreoïdie niet al destijds, bij de perikelen rond de 46, had kunnen worden gesteld. Daarover is wellicht enige discussie mogelijk. Anderzijds lijkt de gang van zaken, zowel van de kant van de tandarts als de tandarts-parodontoloog alleszins begrijpelijk te zijn geweest.

\* **Prof.dr. I. van der Waal** is als hoogleraar Orale Pathologie verbonden aan het VUMC. Hij heeft speciale expertise op het gebied van mond- en kaakziekten, zowel klinisch als histopathologisch.

In deze rubriek bespreekt prof. Van derWaal of een door hem uitgenodigde auteur één of meer patiënten met een soms gangbare, maar soms ook ongewone aandoening van mond of kaak. De bij deze bijdragen in TP behorende literatuuropgave kan bij de redactie worden opgevraagd.

© 2010, Bohn Stafleu van Loghum, Houten