

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/2066/21874>

Please be advised that this information was generated on 2018-11-16 and may be subject to change.

Een gaatje in het hoofd

C.FESTEN EN P.VAN DEN BROEK

Dames en Heren,

Dat kleine oorzaken grote gevolgen kunnen hebben, is geen nieuws en dat meestal alleen het topje van de ijsberg zichtbaar wordt, is ook algemeen bekend. Zo worden in de geneeskunde bij een ogenschijnlijk triviale afwijking niet altijd de aard van de onderliggende aandoening en de therapeutische consequenties voldoende ingeschat. Daardoor vindt niet altijd voldoende onderzoek plaats, hetgeen soms tot onaangename verrassingen kan leiden. Dat willen wij u graag demonstreren met de ziektegeschiedenissen van 3 kinderen met een minimale huidafwijking in het hoofd-halsgebied.

Patiënt A, een meisje van 1 jaar, werd door de kinderarts verwezen, nadat zij reeds tweemaal poliklinisch was geopereerd wegens een zwelling achter de rechter kaakhoek. Vanaf de geboorte had zij ter plaatse een putje, waarachter op de leeftijd van 9 maanden een zwelling ontstond, die pijnlijk werd als men deze betastte. Daar de ontsteking niet genas met antibiotica, werd patiëntje verwezen naar de chirurg, die haar kort daarna opereerde. Hierbij werd een cyste verwijderd, waarbij twijfel bestond of het om een laterale dan wel mediale halsfistelging. Kort daarop recidiveerde de zwelling en volgde een tweede operatie, eveneens gevolgd door een recidief. Uit de cysten werd *Staphylococcus aureus* gekweekt, die ongevoelig bleek te zijn voor penicilline. Deze bacterie werd later ook gekweekt uit het rechter oor.

Bij onderzoek op de polikliniek bestond er in het oude litteken rechts in de hals, achter de kaakhoek, een fistelopening (figuur 1). Het fistelkanaal liep in de richting van de rechter gehoorgang. Op grond van de anamnese en het onderzoek vermoedden wij, dat wij te maken hadden met een rest van de eerste kieuwboog.

Bij operatie werd een fistelkanaal gevonden vanuit de huidopening naar de uitwendige gehoorgang. Tijdens de operatie moest de N. facialis worden opgezocht om de fistelgang, die zich mediaal van de takken van deze zenuw bevond, te kunnen vrijmaken. Pathologisch-anatomisch was er een fistelgang, bekleed met epidermis met huidadnexa, enkele kraakbeenfragmenten en een overwegend rondcellig ontstekingsinfiltraat. De wondgenezing verliep ongestoord en tot op heden, 5 jaar na de laatste operatie, is er geen recidief meer geweest.

Patiënt B, een meisje van 3 maanden, werd door de kinderarts verwezen wegens een vanaf de geboorte bestaand deukje op de neusrug, waaruit aanvankelijk wat secreet was gekomen, maar waaruit thans een haartje groeide (figuur 2). Patiëntje was verder gezond en had geen andere verschijnselen.

Voor wie dit ziektebeeld kent, is de diagnose niet moeilijk. Het beeld is kenmerkend voor een nasale dermoïdcyste, waarvan bekend is dat deze vaak zeer diep is gelegen, tussen de ossa nasalia, vaak tot aan of tot in de voorste schedelgroeve. Met deze wetenschap werd MRI-onderzoek aangevraagd, waarbij inderdaad een intracraniale dermoïdcyste werd gevonden (figuur 3). Patiëntje werd voor verdere behandeling overgedragen aan de neurochirurg, door wie zij binnenkort zal worden geopereerd.

Patiënt C, een meisje van 5 jaar, werd door de huisarts verwezen wegens reeds vanaf de geboorte bestaande



FIGUUR 1. Patiënt A: fistel achter de rechter kaakhoek uitgaand van een rest van de eerste kieuwboog.

Academisch Ziekenhuis, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Afd. Kinderchirurgie: prof.dr.C.Festen, kinderchirurg.
Afd. Keel-, Neus- en Oorheelkunde: prof.dr.P.van den Broek, keel-,
neus- en oorarts.
Correspondentie-adres: prof.dr.C.Festen.



FIGUUR 2. Patiënt B: nasale dermoïdcyste.

fisteltjes boven de gehoorgang, in beide oorschelpen een, waarbij vooral in de laatste tijd uit de linker fistel pus te voorschijn was gekomen. Bij onderzoek bestond er beiderzijds in de aanhechting van de helix een kleine fistelopening, die er op dat moment rustig uitzag (figuur 4). Kort daarop werd patiëntje geopereerd, waarbij met name aan de linker kant de operatie werd bemoeilijkt door granulatieweefsel als restant van de doorgemaakte ontstekingen. Daarom kon het verloop van de fistel niet duidelijk in de diepte worden nagegaan. Dit leidde dan ook tot een recidief aan de linker kant, terwijl de rechter kant zonder complicaties genas. Ook een tweede operatie bracht geen definitieve genezing en pas een derde ingreep, waarbij een ruime resectie werd verricht van het weefsel ter plaatse, tot op de fascia temporalis, leidde tot definitieve genezing.



FIGUUR 3. Patiënt B: MRI-afbeelding van een intracranieel gelegen nasale dermoïdcyste (pijl).

De 3 besproken ziektegeschiedenissen geven weer welke diagnostische en therapeutische complicaties kunnen ontstaan bij ogenschijnlijk oppervlakkige gaatjes in het hoofd-halsgebied. Het is van belang een goede kennis van anatomie en embryologie te hebben, opdat men bij diep verlopende fistels niet voor verrassingen komt te staan.

Bij een kleine opening lateraal aan de hals gaat het meestal om een laterale halsfistel. De laterale halsfistel is een restant van de tweede kieuwspleet en de cervicale sinus van His als die niet volledig oblitereren. In 10-15% van de gevallen bestaat de afwijking beiderzijds; in 10% van de gevallen komt de afwijking ook in de familie voor. De uitwendige opening van een laterale halsfistel bevindt zich ergens langs de voorrand van de M. sternocleidomastoideus in het middelste of onderste, een derde gedeelte. Vandaar loopt de fistel tussen de vertakkingen van de A. carotis communis door naar de tonsilnis. Excisie vindt in het algemeen op eenvoudige wijze plaats via een of twee kleine horizontale incisies in de hals, waarbij de resectie zo dicht mogelijk op de fistel plaatsvindt. Restanten van de ductus thyroglossus manifesteren zich meestal als een zwelling mediaan in de hals en slechts na ontsteking, incisie en drainage als een mediane halsfistel.

Bij ons 1e patiëntje verschilde de fistel in de hals duidelijk van een mediane of laterale fistel en ze bevond zich duidelijk hoger aan de hals, achter de kaakhoek. Dit ziet men vooral bij afwijkingen van de eerste kieuwspleet. Er worden 2 typen onderscheiden. Type 1 is de zogenaamde dubbele gehoorgang met een uitwendige opening direct voor de meatus acusticus externus. Type 2 bevindt zich meestal in de glandula parotis mediaal van de N. facialis en loopt van de kaakhoek naar het kraakbenige deel van de gehoorgang. Een uitwendige fistelopening is niet altijd aanwezig en fistelvorming ontstaat pas nadat de fistel/sinus ontstoken is geweest.

Vaak kan de richting van het fistelkanaal onderhuids worden afgetast of kan deze eventueel echografisch worden aangetoond. Soms ontstaat ook afscheiding uit de gehoorgang. Bij twijfel kan men eventueel fistulografie verrichten.

Ook bij ons 2e patiëntje is een goede kennis van het ziektebeeld de basis voor adequaat onderzoek en therapie. Aan een dergelijke kleine huidopening, die in dit geval op de neus, maar ook wel elders wordt gezien, ligt vaak een dermoïdcyste ten grondslag. Van een nasaal dermoïd is bekend dat dit vaak diep kan doorlopen tussen de ossa nasalia of zelfs tot aan of in de schedelbasis. Het is van belang dat het dermoïd tijdig wordt verwijderd, omdat hierin ontsteking kan ontstaan, waardoor de operatie wordt bemoeilijkt.

Bij ons 3e patiëntje betrof het in wezen een triviale afwijking, die relatief frequent voorkomt. Een dergelijke pre-auriculaire fistel is niet van branchiogene oorsprong, maar hangt samen met de ontwikkeling van de oorschelp. De fistel eindigt meestal blind in de diepte, ter hoogte van het periost van de benige wand van de uitwendige gehoorgang. Vaak komt de fistel beiderzijds voor en dikwijls is de afwijking familiair. Dergelijke fistels kunnen een onderdeel zijn van een syndroom met



FIGUUR 4. Patiënt C: pre-auriculaire fistel links ter plaatse van de aanhechting van de helix.

afwijkingen aan het midden- en binnenoer, waardoor eventuele slechthorendheid kan bestaan of nierfunctiestoornissen (branchio-otorenaal syndroom). Ze kunnen al snel tot infectie leiden, waardoor ze dikwijls meer ver-takt raken en dieper doordringen. Daardoor wordt een radicale excisie moeilijker. Het lijkt daarom aangewezen dergelijke fistels, indien ze tot klachten over vocht-af-scheiding leiden, radicaal te verwijderen voordat infectie heeft plaatsgevonden.

Dames en Heren, wat leren ons deze 3 patiënten? Op de eerste plaats, dat kleine openingen in de huid van de hals en onder het oor meestal op fistels berusten die diep kunnen doorlopen en daarom niet gemakkelijk te verwijderen zijn. Soms is zelfs een wijde exploratie noodzakelijk, bijvoorbeeld bij een anomalie van de eerste kieuwboog.

Als men het ziektebeeld kent, is het beleid niet moeilijk, maar anders lijkt het inwinnen van deskundig advies

aangewezen. In ieder geval is het van belang dat men afwijkingen van de norm registreert, waardoor men alert blijft ten aanzien van de mogelijkheid van een andere diagnose. Dat was het geval bij onze eerste patiënt, bij wie de fistelopening veel hoger uitmondde dan bij de laterale halsfistel gebruikelijk is en bij wie deze opening te ver lateraal was gelegen voor een mediane halsfistel. Nauwkeurige inspectie en fysisch-diagnostisch onderzoek leiden vaak tot de juiste diagnose. Echografie kan soms een bijdrage leveren. Sonderen en ook fistulografie dienen met terughoudendheid toegepast te worden, omdat ze gemakkelijk kunnen leiden tot infectie en eigenlijk zelden nodig zijn. Voor de diagnostiek van afwijkingen in de neus en dicht bij de schedelbasis is MRI een belangrijke aanwinst (patiënt B).

Wanneer eenmaal de juiste diagnose is gesteld, volgt het juiste onderzoek vanzelf, waardoor de consequenties van een eventuele behandeling beter kunnen worden overzien, zoals de geschiedenis van patiënt B duidelijk maakt.

Het liefste moet men opereren in een rustige fase, dat wil zeggen als er geen acute ontstekingsverschijnselen zijn. Het opspuiten van de fistel bij het begin van de operatie met methyleenblauw vergemakkelijkt controle van het verloop van de fistel aanzienlijk, mits de wand intact wordt gehouden. De kans op recidieven, zoals bij patiënt A en C, is dan aanzienlijk kleiner. Na infectie, abcesvorming en drainage vertoont de fistelgang vaak een gecompliceerder verloop; granulaties en fibrose maken dat men eerder het spoor bijster raakt, wat kan leiden tot onnodige recidieven.

Voor ervaren chirurgen is de leeftijd van een patiëntje zelden een contra-indicatie voor de uiteindelijk noodzakelijke operatieve behandeling. Ten slotte leren zowel de 1e als de 3e patiënt ons dat een adequate opzet van de operatie essentieel is voor een goed resultaat; de recidieven hadden zo voorkomen kunnen worden.

Aanvaard op 9 november 1994

Commentaren

De vijftigste mei

A.J.DUNNING

Nederland is zelden mooier dan in het begin van mei, vol bloei en bloesem. De dichter Bloem, in 'Na de bevrijding', ziet 'alomtegenwoordig, onverstoorbaar het leven dat de dood ontbloeit'. Bevrijding en lente vallen samen, winter en oorlog zijn voorbij. Niet één van de ongeborenen, schrijft hij dan ook, zal de vrijheid ooit zo beseffen.

Driekwart van onze bevolking heeft geen bewuste herinnering aan oorlog en bevrijding. Het overgebleven kwart is de gaande generatie die misschien nog een laatste maal omkijkt, zoals de veteranen van de invasie in Normandië, de parachutisten van Arnhem of de spaar-zame overlevenden van de vernietigingskampen. Dat is de Europese oorlog met zijn lange schaduw, maar er was er ook een in Azië waarmee Nederlanders, vaak al in de kindertijd, werden geconfronteerd; voor hen is pas laat begrip ontstaan. Het Tijdschrift heeft aan die late gevol-