

## 7.5.4. Sinussen: Kaaktumoren

### 1. Diagnostiek

***Bij kaakholtetumoren ga je uit van:***

Anamnese en fysisch onderzoek, een volledige CT-scan van hoofd- en hals met contrast (CT scan schedel + schedelbasis + hals tot en met de longtoppen) al dan niet aangevuld met een MRI, een radiografie van de thorax, en vervolgens zo nodig een advies tandheekkunde/tandprothesist.

Vervolgens dient een biopsie genomen te worden. Deze biopsie dient bij voorkeur transnasaal te gebeuren. Naaldbiopsie kan soms aanvaardbaar zijn, maar fossa canina puncties en Caldwell-Luc toegangen dienen absoluut vermeden te worden.

Naargelang de uitslag van de biopsie onderscheid men:

- goedaardig. Bij de goedaardige tumoren dient een zo volledig mogelijke heekkundige resectie voorzien te worden overeenkomstig de aard en de uitbreiding van de goedaardige pathologie.
- lymfoom. Indien het een lymfoom betreft dan dienen de guide lines voor Non-Hodgkin lymfomata gevolgd te worden.
- kwaadaardig. Men onderscheid het vaakst plaveiselcelcarcinomen, ongedifferentieerde carcinomen, adenocarcinomen, tumoren van de kleine speekselklieren en sarcomata. De verdere behandeling werkwijze bij deze tumoren is hieronder beschreven, en is gebaseerd op de stagering.

### 2. TNM classificatie van de kaakholtetumoren

***Primaire tumor***

TX primaire tumor kan niet beoordeeld worden.

T0 geen spoor van de primaire tumor.

Tis carcinoma in situ.

***Kaakholte***

T1 tumor beperkt tot het slijmvlies van de kaakholte zonder erosie of aantasting van bot,

T2 tumor welke beenerosie of vernieling veroorzaakt met inbegrip van uitbreiding in het harde verhemelte en/of de meatus nasi medius, behalve uitbreiding naar de achterwand van de kaakholte en de laminae pterygoïdei.

T3 tumor uitbreidend in één van de volgende gebieden:

- het bot van de achterwand van de kaakholte,
- subcutane weefsels,
- vloer of mediale wand van de orbita,
- fossa fterygoïdea,
- sinus ethmoïdalis.

T4a Tumor invaderend in één van de volgende gebieden:

- de anterieure orbitainhoud,
- de huid van de kaak,
- de laminae ptergoideï,
- de fossa infratemporalis,

- de lamina cribrosa ossis ethmoidalis
  - het sfenoid of de frontale sinussen.
- T4B tumor welke uitbreidt in één van de volgende lokalisaties:
- apex van de orbita,
  - de dura,
  - het hersenweefsel,
  - de middelste schedelgroeve,
  - de craniale zenuwen (uitgezonderd V2 (de ramus maxillaris van de nervus trigeminus)),
  - de nasopharynx
  - de clivus.

#### **Regionale lymfeklieren (N)**

- Nx regionale lymfeklieren kunnen niet beoordeeld worden,
- N0 geen regionale lymfeklieren metastase(n),
- N1 metastase in één enkele ipsilaterale lymfeklier met als grootste afmeting 3cm of kleiner,
- N2A metastase in één enkele ipsilaterale lymfeklier waarvan de grootste afmeting groter is dan 3 cm en kleiner dan 6 cm
- N2B of verschillende ipsilaterale lymfeklieren waarvan geen enkele groter is dan 6 cm is in zijn grootste afmeting
- N2C of bilaterale of contralaterale lymfeklieren waarvan geen enkele groter is dan 6 cm in zijn grootste afmeting.
- N3 metastase in een lymfeklier waarvan de grootste afmeting groter is dan 6 cm.

#### **Metastase(n) op afstand**

- Mx metastase op afstand kan niet beoordeeld worden.
- M0 geen metastase op afstand.
- M1 metastase op afstand.

#### **Histologische graden**

- GX de graad kan niet beoordeeld worden.
- G1 goed gedifferentieerd.
- G2 matig gedifferentieerd.
- G3 slecht gedifferentieerd.

### **3. Behandeling**

#### **Men onderscheidt 6 groepen in de behandeling van kwaadaardige kaakholtecarcinomen:**

**T1 N0 waarbij de aard van de histologie niet van belang is. Hier bestaat de behandeling uit een zo volledig mogelijke heelkundige resectie.**

- Indien de snijranden negatief zijn, is bijkomende behandeling niet aanbevolen.
- Indien er sprake is van perineurale invasie, dient heelkunde gevolgd door radiotherapie.
- Indien de snijranden positief zijn, dan is bijkomende zo volledig mogelijke heelkunde resectie indien deze nog kan uitgevoerd worden, het overwegen waard. Ze dient gevolgd door radiotherapie gericht op het primair letsel.

**T2 N0 van het spinocellulaire carcinomen van het ongedifferentieerde type.**

Hier is in eerste instantie zo volledig mogelijke heelkundige behandeling aangewezen.

- Indien de snijranden negatief zijn, moet toch overwogen worden om radiotherapie uit te voeren welke ook de bovenste ipsilaterale halsnekregio omvat.
- Indien er perineurale invasie is, is radiotherapie obligaat.
- Indien de snijranden positief zijn, dient heelkundige resectie uitgevoerd te worden zo dit nog mogelijk is, gevolgd door radiotherapie gericht op het primair letsel inclusief radiotherapie van het gebied van de bovenste ipsilaterale halsregio.

**T2 N0 van adenocystische carcinomen en andere histologieën.**

Hierbij is zo volledig mogelijke heelkundige resectie aangewezen en postoperatieve radiotherapie gericht op de primaire lokalisatie dient overwogen te worden.

T3 N0 de heelkundig behandelbare T4 's van alle type histologie.

Hierbij is zo volledig mogelijke heelkundige resectie aangewezen en postoperatieve radiotherapie gericht op het primaire letsel en de hals (in geval van spinocellulair carcinoom en ongedifferentieerde tumoren).

T4, inoperabel, alle histologieën.

Hierbij wordt voorgeteld om de patiënt in een klinische trial te plaatsen of definitieve radiotherapie of definitieve chemo- en radiotherapie toe te passen.

Patiënten met elke T-classificatie en positieve lymfeklieren waarbij het letsel reseceerbaar is.

Hierbij is heelkundige behandeling met nekdissectie aanbevolen, gevolgd door aanvullende radiotherapie naar de primaire lokalisatie en radiotherapie van de nek.

#### **4. Follow-up**

*De follow-up van deze tumoren omvat het volgende:*

- Een klinisch onderzoek
  - het eerste jaar elke 1 tot 3 maanden,
  - het tweede jaar elke 2 tot 4 maanden,
  - het derde tot vijfde jaar elke 4 tot 6 maanden
  - nadien elke 6 tot 12 maanden.
- RX thorax jaarlijks of eerder indien hier indicatie voor is.
- een CT scan/ MRI (evidentie categorie2B).

Ref.: 2002 American Joint Committee on Cancer (AJCC): Hoofd- en halstumoren: Neusbijholtetumoren