

Herkennen van het nasofarynxcarcinoom

Jeroen Rosingh, Bert-Jan de Bondt en Robert Stokroos

Dames en Heren,

Het nasofarynxcarcinoom is zeldzaam en patiënten komen vaak met specifieke klachten. Ze zijn gemiddeld jonger dan bij andere hoofd-halstumoren. Hierdoor wordt de diagnose vaak pas laat gesteld en is de prognose slecht.¹ In delen van Zuidoost-Azië is het nasofarynxcarcinoom een veel voorkomende maligne tumor.² Daar zijn de herkenning en de prognose veel beter. Door migratie neemt de incidentie van het nasofarynxcarcinoom ook in Nederland toe. In deze les demonstreren wij 2 casussen van patiënten met specifieke klachten van een nasofarynxcarcinoom, bij wie de diagnose laat werd gesteld.

Patiënt A is een 35-jarige vrouw, geboren in Hong Kong maar sinds vele jaren in Nederland woonachtig. Zij meldde zich bij haar huisarts wegens een verminderd gehoor rechts. Zij was niet verkouden geweest en was ook niet allergisch. De huisarts stelde een otitis media met effusie (OME) rechts vast en schreef een glucocorticoid-neusspray en antihistaminicatabletten voor. Omdat de klachten na 3 maanden persisteerden, verwees hij patiënte door naar de kno-arts.

Door otoscopisch onderzoek en stemvorkproeven werd de diagnose 'unilaterale OME' bevestigd. Vóór in de neus werd rustig slijmvlies gezien. In de achterste halsdriehoek waren meerdere pathologische klieren palpabel. In de nasofarynx werd irregulair slijmvlies gezien waaruit biopten werden genomen. Het bleek te gaan om een ongedifferentieerd carcinoom.

De tumor werd, na MRI-onderzoek, gestadiseerd als een nasofarynxcarcinoom T₂N₂M₀. Patiënte werd behandeld met chemotherapie en radiotherapie en is 2 jaar na het stellen van de diagnose tumorvrij.

Patiënt B, een 59-jarige man, werd verwezen naar de kno-arts wegens een sinds 3 weken persisterende otitis media acuta ondanks een kuur clarytromycine. De voorgeschiedenis vermeldt diabetes mellitus type 2, hypertensie en atriumfibrilleren. Het rechter oor toonde een hyperemisch trommelvlies en in de hals waren enige klieren palpabel. Bij flexibele nasofaryngo-laryngoscopie werd overal in neus, farynx en larynx intact slijmvlies gezien zonder abnormale zwellingen. Ter drainage en beluchting van het middenoor werd een trommelvliesbuisje rechts geplaatst.

De algehele conditie van patiënt verslechterde echter zeer

Isala klinieken, Zwolle.

Afd. KNO: dr. H.J. Rosingh, kno-arts.

Afd. Radiologie: dr. R.B.J. de Bondt, radioloog.

Maastricht Universitair Medisch Centrum,

afd. KNO, Maastricht.

Prof. Dr. R.J. Stokroos, kno-arts.

Contactpersoon: dr. H.J. Rosingh

(h.j.rosingh@isala.nl).

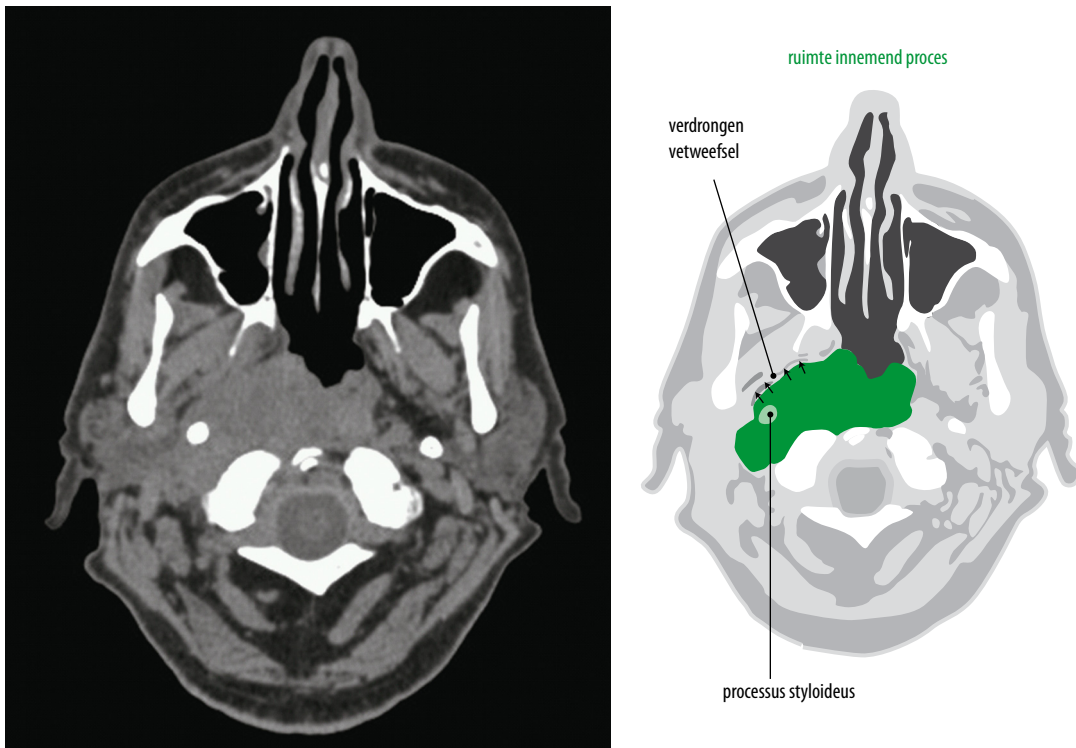
snel. Hij werd 2 weken na het eerste polikliniekbezoek opgenomen wegens spraak- en slikproblemen, algehele malaise en gewichtsafname. Bij herhaald kno-onderzoek werd in het rechter oor een functionerend trommelvliesbuisje gezien en opnieuw werd in de neus- en keelholte overal intact slijmvlies gezien. Wel bestond er een verminderde sensibiliteit in het verzorgingsgebied van tweede tak van de N. trigeminus (V) rechts en een parese van de N. hypoglossus (XII) rechts. De CT-scan toonde een groot proces uitgaande van de nasofarynx (figuur 1). Gerichte submucoze bipten uit dit proces toonden een matig gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom. Het tumorproces werd gestadieerd als een nasofarynxcarcinoom T4N3Mo. Patiënt werd aangemeld voor een chemoradiatiebehandeling. Wegens zijn slechte algehele conditie en de slechte prognose zag hij echter af van verdere behandeling. Hij overleed 9 weken na de eerste oorklachten.

BESCHOUWING

EPICRISE

Patiënt A presenteerde zich met een eenzijdig verminderd gehoor, patiënt B met een acute middenoorontsteking en later met hersenzenuwuitval. Bij patiënt A had de diagnose mogelijk eerder gesteld kunnen worden omdat zij een unilaterale otitis media ontwikkelde bij een blanco otologische voorgeschiedenis zonder recente bovenste-luchtweginfectie. Daarnaast is patiënte afkomstig uit Zuidoost-Azië waar een nasofarynxcarcinoom vaak voorkomt.

Bij patiënt B had de diagnose mogelijk eerder gesteld kunnen worden door het atypische beloop van de otitis media acuta. Het feit dat bij nasofaryngoscopie overal intact slijmvlies werd gezien, sluit een nasofarynxcarcinoom niet uit omdat de tumor submucosaal kan groeien.³ Beeldvormend onderzoek en submucosale bipten in een eerder stadium hadden mogelijk kunnen leiden naar een snellere diagnose.



FIGUUR Axiale CT-opname door de schedelbasis van patiënt B, met een groot nasofarynxcarcinoom aan de rechter zijde met uitbreiding naar rechts lateraal, waarbij verdringing van het parafaryngeale vetweefsel en groei rondom de processus styloideus ossis temporalis.

KLINIEK

Oorklachten zoals een al dan niet eenzijdig verminderd gehoor, oorsuizen of een oorontsteking kunnen een eerste symptoom zijn van een nasofarynxcarcinoom, maar ze zijn specifiek. Daarnaast kan uitstralende pijn naar het oor een belangrijk signaal zijn voor een maligniteit in de farynx.⁴ Bij 25-60% van de patiënten met een nasofarynxcarcinoom komen typische neusklachten zoals een- of tweezijdige neusobstructie, bloederige of etterige rinorroe als eerste en enige klacht voor. Neurologische uitval wordt veroorzaakt door perineurale tumoruitbreiding. Met name de N. abducens (VI), de N. trigeminus (V) en de N. hypoglossus (XII) zijn vaak betrokken. Klachten kunnen variëren van hoofdpijn, moeilijk kunnen spreken of slikken, en gevoelsstoornissen in het gelaat tot dubbelzien en visusdaling. Lymfekliermetastases, met name in de achterste halsdriehoek worden bij 30-85% van de patiënten vermeld als eerste symptoom van het nasofarynxcarcinoom.¹

Als dergelijke specifieke klachten zich voordoen moet een maligniteit in de nasofarynx worden uitgesloten. Differentiaaldiagnostisch komt naast een carcinoom ook een maligne lymfoom of – uiterst zeldzaam – een rhabdomyosaroom of een fibrosaroom in aanmerking.

Bij verdenking op een nasofarynxcarcinoom is naast endoscopische inspectie van de nasofarynx beeldvormend onderzoek door middel van MRI of CT, aangewezen. MRI is het onderzoek van eerste keuze voor de radiologische beoordeling van de nasofarynx. MRI is namelijk, afgezien van de detectie van carcinomen, zeer sensitief voor de beoordeling van lokale en perineurale tumoruitbreiding. Voor de detectie van een nasofarynxcarcinoom is de sensitiviteit van MRI mogelijk hoger dan van endoscopie vanwege de submucosale uitbreiding van de tumor onder intact slijmvlies.⁶

EPIDEMIOLOGIE

De incidentie van het nasofarynxcarcinoom in Nederland is kleiner dan 1:100.000;² per jaar wordt de diagnose circa 65 keer gesteld. De incidentie is veel hoger in China, Zuidoost-Azië en in landen rond de Middellandse Zee, met name in Noord-Afrika en Turkije.² Mensen die in West-Europa wonen, maar die oorspronkelijk afkomstig zijn uit die regio's houden evenals hun nakomelingen een verhoogd risico op een gedifferentieerd of ongedifferentieerd nasofarynxcarcinoom in vergelijking met autoch-

- Het nasofarynxcarcinoom is zeldzaam, het komt op alle leeftijden voor, met name bij mensen afkomstig uit Zuidoost-Azië en gebieden rond de Middellandse zee zoals Noord Afrika en Turkije.
- Symptomen van een nasofarynxcarcinoom zijn heterogeen. De eerste symptomen kunnen zijn: (a) gehoorsvermindering, oorsuizen of otitis media; (b) neusklachten zoals neusobstructie en rinorroe; (c) symptoomloze, vergrote lymfeklieren in de hals en (d) hersenzenuwuitval.
- Bij verdenking op een nasofarynxcarcinoom is naast lokale endoscopische inspectie beeldvormend onderzoek middels MRI (of CT) geïndiceerd.

tone Nederlanders.^{2,6,7} Bij het ontstaan van het nasofarynxcarcinoom spelen naast genetische aanleg, voedingsgewoontes (met name eten van rauwe, gezouten vis) en het Epstein-Barr-virus een rol.^{8,9}

Dames en Heren,

Met deze 2 casussen wilden wij uw aandacht vragen voor een vroege herkenning van specifieke symptomen passend bij een maligniteit in de nasofarynx. Bij persistente al dan niet eenzijdige otitis media, neusobstructie, epistaxis, hersenzenuwuitval of vergrote halsklieren dient men bedacht te zijn op het bestaan van een nasofarynxcarcinoom. Vooral bij mensen afkomstig uit China, Zuidoost-Azië, en gebieden rond de Middellandse Zee en hun nakomelingen hebben een sterk verhoogd risico. Vanwege het heterogene symptomenbeeld kunnen naast de huisarts en de kno-arts ook de neuroloog, de oogarts, de kaakchirurg en de radioloog te maken krijgen met een patiënt met een nasofarynxcarcinoom. Bij de verdenking op een nasofarynxcarcinoom kan niet worden volstaan met alleen een endoscopische inspectie, maar is beeldvorming middels MRI geïndiceerd.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 14 maart 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4139

➤ [Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

LITERATUUR

- 1 Balm AJM, Plaat BEC, Hart AAM, Hilgers FJM, Keus RB. Het nasofarynxcarcinoom: epidemiologie en behandelresultaten. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1997;141:2346-50.
- 2 Licitra L, Bernier J, Cvitkovic E, et al. Cancer of the nasopharynx. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2003;45:199-214.
- 3 Kwong DL, Nicholis J, Wei WI, et al. Correlation of endoscopic and histologic findings before and after treatment for nasopharyngeal carcinoma. *Head Neck.* 2001;23:34-41.
- 4 Bondt de RBJ, Balm AJ, Hilgers FJ, Tan IB. Gerefereerde oorsprong; een belangrijk oncologisch signaal in het hoofd-halsgebied. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1998;142:1753-56.
- 5 King AD, Vlantis AC, Bhatia KS, et al. Primary nasopharyngeal carcinoma: diagnostic accuracy of MR imaging versus that of endoscopy and endoscopic biopsy. *Radiology.* 2011;258:531-7.
- 6 Boussen H, Bouaouina N, Mokni-Baizig N, Gamoudi A, Chouchane L, Lagdham A. Nasopharyngeal carcinoma. Recent data. *Pathol Biol (Paris).* 2005;53:45-51.
- 7 Jeyakumar A, Brickman TM, Doerr T. Review of nasopharyngeal carcinoma. *Ear Nose Throat J.* 2006;85:168-73.
- 8 McDermott AL, Dull SN, Watkinson JC. The aetiology of nasopharyngeal carcinoma. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2001;26:82-92.
- 9 Polesel J, Franceschi S, Talamini R, Negri E, Barzan L, Montella M, et al. Tobacco smoking, alcohol drinking and the risk of different types of nasopharyngeal cancer in a low risk population. *Oral Oncol.* 2011;47:541-5.