

Eenzijdig vergrote tonsil

INLEIDING

Infecties of klachten van de keel komen, al dan niet als onderdeel van een bovenste luchtweginfectie, vaak voor in de Nederlandse huisartsenpraktijk.¹ De symptomen zijn keelpijn, slikklachten en temperatuurverhoging. De ontsteking is vrijwel altijd bilateraal, en de klieren in de hals zijn vaak vergroot en pijnlijk. Behandeling is meestal symptomatisch. Bij de meeste patiënten volstaat het geven van voorlichting in combinatie met adequate pijnstilling. In de behandeling is er een beperkte plaats voor het voorschrijven van antibiotica.² De winst van het voorschrijven van antimicrobiële middelen ligt vooral in het bekorten van de klachtenduur. Verwijzingen naar de tweede lijn komen weinig voor.

De meest voorkomende oorzaak van een eenzijdig vergrote tonsil is een dreigend peritonsillair abces. Deze complicatie van een acute tonsillitis is vrijwel altijd eenzijdig en gaat gepaard met koorts, koude rillingen en trismus. De kans dat patiënten met keelpijn een peritonsillair abces ontwikkelen schat men op minimaal 1 op 500.² De differentiële diagnose en het te voeren beleid zijn echter volkomen anders bij een persisterende eenzijdige vergrote tonsil, zoals de afgelopen jaren in mijn eigen praktijk een aantal keer is gebleken. Hoewel een eenzijdig vergrote tonsil weinig voorkomt, is het vaststellen van deze klinische bevinding van wezenlijk belang voor het te voeren beleid van de huisarts. Ik zal hieronder drie casussen beschrijven die onverwachte uitkomsten hadden. De eerste patiënt had een eenzijdige tonsillitis en de andere twee hadden een eenzijdig vergrote tonsil.

BESCHOUWING

De tonsillen in neus- en keelholte zijn kleine gebieden van lymfoïd weefsel. Ze maken deel uit van het lymfoïdstelsel en van de ring van Waldeyer. Het lymfoïde weefsel van de ring van Waldeyer ligt rond de toegang tot de voedsel- en de luchtwegen, en vormt zo een eerste barrière voor micro-organis-

Samenvatting

Van Kimmenaede R.J.M. Eenzijdig vergrote tonsil. *Huisarts Wet* 2013;56(2):80-2.

Een eenzijdig vergrote tonsil komt weinig voor in de huisartsenpraktijk. De meest voorkomende oorzaak is een dreigend peritonsillair abces. Als de eenzijdig vergrote tonsil niet verdwijnt, is het belangrijk ook andere, onderliggende oorzaken te overwegen. Leeftijd ouder dan 45 jaar, een klinisch verdachte tonsil en de aanwezigheid van risicofactoren als roken en overmatig alcoholgebruik zijn medebepalend voor het te voeren beleid.

men, die via de ingeademde lucht en het voedsel het lichaam binnenkomen. Het adenoïd en de tonsillen maken deel uit van het mucoïdgeassocieerde lymfoïde weefsel (MALT), dat een belangrijke rol speelt bij de ontwikkeling van de immunologische afweer.

Een eenzijdig vergrote tonsil [figuur 2] komt weinig voor in de Nederlandse huisartsenpraktijk. In een onderzoek heeft men 267 tonsillectomieën geanalyseerd, waarvan er bij 30 sprake was van asymmetrie.³ De patiënten varieerden in leeftijd van 7 tot 84 jaar. Bij 80% van de 30 patiënten met een eenzijdig vergrote tonsil was de aandoening benigne en bij 20% was deze maligne.

Eenzijdige vergroting van de tonsil kan het gevolg zijn van een infectie, een chronische ontsteking en nieuwvormingen. Veruit de meest voorkomende infectieuze oorzaak van een eenzijdig vergrote tonsil is het dreigend peritonsillair abces. Wat betreft nieuwvormingen gaat het in de meerderheid van de gevallen om lymfomen of plaveiselcelcarcinomen [figuur 1]. Zeldzamer zijn de plasmocytomen, leukemie en metastasen. Verschillende bevindingen zijn gerelateerd aan een vergrote kans op een maligniteit: cervicale lymfadenopathie, een klinisch verdachte tonsil (ulceratie, irregulariteit, abnormale pigmentatie) en de aanwezigheid van begeleidende systemische symptomen, zoals koorts, nachtzweeten, dysfagie en gewichtsverlies.⁴ Een ander onderzoek noemt als risicofactoren voor maligniteit leeftijd > 45 jaar, mannelijke geslacht, ulceratie van de tonsil, gewichtsverlies, nachtzweeten en cervicale lymfadenopathie.⁵ Een belangrijke bevinding uit dit onderzoek is dat er bij alle gediagnosticeerde maligniteiten tevens een hoge klinische verdenking voor maligniteit bestond. De Richtlijn Mondholte- en orofarynxcarcinoom van de Nederlandse Werkgroep Hoofd-halstumoren wijst op de statistisch significante relatie met roken en overmatig alcoholgebruik.⁶ Bij kinderen met een asymmetrisch vergrote tonsil is de kans op een onderliggende maligniteit zeldzaam, maar niet uitgesloten. Onderzoekers hebben retrospectief twintigduizend tonsillectomieën bij kinderen beoordeeld, waarbij ze slechts bij zes patiënten een maligne lymfoom vonden.⁷ Bij twee van de zes patiënten (33,3%) bleek de eenzijdig vergrote tonsil echter de enige klinische bevinding te zijn. Op grond hiervan concludeerden de onderzoekers dat men kinderen met een asymmetrisch vergrote tonsil nauwkeurig moet vervolgen, totdat de diagnose maligne lymfoom uitgesloten is. De klachten van patiënten met een asymmetrisch vergrote tonsil zijn zeer specifiek. De meest voorkomende klacht is

De kern

- Een eenzijdig vergrote tonsil is een lymfoom. Bij aanwezigheid van risicofactoren moet de huisarts alert zijn op de mogelijkheid van een onderliggende maligniteit.

Casus 1

De eerste patiënt is een zestigjarige man. In oktober 2006 komt hij op het spreekuur omdat hij sinds een week keelpijn heeft, met uitstraling naar zijn rechter oor. Bij onderzoek ziet de huisarts een purulent beslag ter hoogte van de rechter tonsil en een weinig pijnlijke, vergrote klier in de voorste halsdriehoek rechts. De huisarts adviseert af te wachten. Een week later komt patiënt terug op het spreekuur: de klachten zijn vrijwel niet veranderd. Bij inspectie van de keelholte ziet de huisarts hetzelfde vieze beslag op de rechter tonsil. De patiënt is een forse roker. Op verdenking van een mogelijke bacteriële tonsillitis schrijft de huisarts feneticilline voor, in een dosering van driemaal daags 500 mg. Tien dagen later bezoekt de patiënt opnieuw het spreekuur omdat zijn klachten niet zijn verbeterd. Omdat de klachten niet verdwijnen en vanwege het tabaksmisbruik verwijst de huisarts de patiënt naar de kno-arts. Na aanvullend onderzoek stelt die de diagnose T2N2cMo-orofarynxcarcinoom.

Casus 2

De tweede patiënt is een 44-jarige Chinese man. Hij is in december 2006 bij zijn huisarts geweest omdat hij al enkele weken last had van keelpijn. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een vrij forse, eenzijdig vergrote tonsil, zonder beslag en pijnlijke vergrote halsklieren rechts in de hals. De huisarts besluit tot aanvullend bloedonderzoek. Bij controle na een week zijn de klachten onveranderd. Het bloedonderzoek wijst niet op een infectie. De huisarts verwijst de patiënt naar de kno-arts, die na aanvullende diagnostiek (biopsie) de diagnose non-hodgkinlymfoom stelt. Vervolgens verwijst de kno-arts de patiënt door naar de internist. Een week later bezoekt de patiënt

de polikliniek interne en vertelt dat zijn keel weer volledig tot rust is gekomen. De kno-arts neemt nogmaals een biopt uit de tonsil, die ook klinisch duidelijk in grootte is afgenomen. Het histologisch materiaal bevat geen maligne cellen meer. Het Integraal Kankercentrum Amsterdam heeft de biopten medebeoordeeld en concludeert dat er, gezien het klinisch beloop, zeer waarschijnlijk sprake is geweest van een benigne B-celproliferatie onder het beeld van een folliculaire hyperplasie. Er waren onvoldoende aanwijzingen voor een non-hodgkinlymfoom. De patiënt is tot op heden klachtenvrij.

Casus 3

De derde patiënt betreft een 55-jarige vrouw. Zij bezoekt begin september 2011 het spreekuur van haar huisarts en vertelt dat ze reeds tien maanden aan de rechter kant een niet pijnlijke opgezette halsklier heeft en last heeft van nachtzweeten. Ze heeft geen keelpijn, rookt niet en gebruikt weinig alcohol. De huisarts laat bloedonderzoek en aanvullend echografisch onderzoek doen. Bij controle na een week blijkt uit de echo dat er sprake is van een reactief opgezette lymfklier (12 mm); het bloedonderzoek bleek normaal. Bij inspectie van de mondholte ziet de huisarts rechts een onrustige, asymmetrisch opgezette tonsil, zonder beslag. Op verdenking van een lymfoom of maligniteit verwijst hij de patiënte naar de kno-arts. Deze neemt een biopt van de tonsil en uit het histologisch onderzoek blijkt dat er sprake is van een slecht gedifferentieerd plaveiselcarcinoom van de orofarynx. Op basis van klinisch onderzoek en aanvullende diagnostiek heeft men de tumor gestadieerd als een T2N2bMo-plaveiselcelcarcinoom. De patiënte krijgt primaire radiotherapie.

keelpijn, gevolgd door cervicale lymfadenopathie en dysfagie. Soms is er sprake van begeleidende algemene symptomen, zoals onverklaard gewichtsverlies, koorts, nachtzweeten, verminderde eetlust en moeheidsklachten.⁸ De anamnese draagt weinig bij aan de diagnose. Het lichamelijk onderzoek kan echter belangrijke aanvullende informatie geven, zoals asymmetrie van de tonsil, exofytische groei, kleur, ulceratie en de aanwezigheid van cervicale lymfadenopathie. Het is onduidelijk of aanvullend bloedonderzoek in de huisartsenpraktijk een toegevoegde waarde heeft. Huisartsen moeten de patiënt bij een klinisch verdachte tonsil voor een biopsie naar de kno-arts verwijzen. Verwijscriteria zijn:

- klinisch verdachte, eenzijdig vergrote tonsil met de aanwezigheid van een of meer risicofactoren;
- persisterend eenzijdig vergrote tonsil (> 2-4 weken).

In het beleid speelt de factor tijd een belangrijke rol. Een tijdelijk vergrote tonsil als gevolg van een virale of bacteriële infectie is meestal geen groot diagnostisch dilemma vanwege de korte duur van de klachten, de aanwezigheid van acute ziekteverschijnselen en de snelle genezingsduur. Bij een persisterende unilateraal vergrote tonsil, zeker als deze gepaard gaat met risicogedrag (roken en overmatig alcoholgebruik) en de patiënt ouder is dan 45 jaar, moeten huisartsen bedacht zijn op de aanwezigheid van een onderliggende maligniteit. In dat geval is het beter de patiënt door te verwijzen naar de tweede lijn voor aanvullend onderzoek en behandeling. Bij kinderen (< 12 jaar) met een asymmetrisch vergrote tonsil luidt het advies deze te vervolgen, totdat de diagnose maligne lymfoom is uitgesloten.

Figuur 1 Tonsilcarcinoom

**Abstract**

Van Kimmenaede RJM. Unilaterally enlarged tonsil. Huisarts Wet 2013;56(2):80-2.

Unilaterally enlarged tonsil is rarely seen in general practice. The most common cause is incipient peritonsillar abscess. If the enlargement does not subside, it is important to look for other underlying causes. Age older than 45 years, a clinically suspect tonsil, and the presence of risk factors such as smoking and excessive alcohol consumption are co-determinants of the management strategy.

Figuur 2 Unilaterale tonsilvergroting



CONCLUSIE

Terugkijkend is er in de eerste casus sprake van een *doctors delay* van enkele weken. Het persisterende karakter en het roken waren de belangrijkste redenen om de patiënt naar de kno-arts te verwijzen. In de tweede casus bleek dat de factor tijd een belangrijk diagnosticum is en dat histologisch onderzoek niet altijd tot definitieve conclusies leidt.

De derde casus illustreert dat ervaring telt! De huisarts was, wijs geworden door de eerste twee patiënten, alert op de mogelijkheid van een onderliggende maligniteit. Wat deze laatste casus nogmaals aantoont is dat een eenzijdig vergrote lymfeklier hoog jugulaire helaas relatief vaak het eerste symptoom is van een reeds lymfoegeen gemetastaseerde maligniteit in het hoofd-halsgebied.

Wat betekent dit nu voor de huisarts? Als u in de praktijk geconfronteerd wordt met een eenzijdig vergrote tonsil is dit reden om alert te zijn. Vervolg dit beeld bij afwezigheid van alarmsymptomen en verwijs de patiënt door als de symptomen aanhouden (arbitrair twee tot vier weken). Risicofactoren als leeftijd ouder dan 45 jaar, roken en overmatig alcoholgebruik bepalen mede het beleid. Als er tijdens het eerste consult al sprake is van een klinisch verdachte, eenzijdige vergrote tonsil, dan kunt u de patiënt voor aanvullende diagnostiek het beste doorverwijzen naar de tweede lijn.

DANKWOORD

Met dank aan Robbert Ensink, kno-arts Gelre ziekenhuizen, voor het kritisch doorlezen en becommentariëren van het manuscript. ■

LITERATUUR

- 1 Stirbu-Wagner I, Dorsman SA, Visscher S, Davids R, Gravestein JV, Abrahamse H, et al. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2010.
- 2 Zwart S, Dagnelie CF, Van Staaïj BK, Balder FA, Boukes FS, Starreveld JS. NHG-Standaard Acute keelpijn. Huisarts Wet 2007;50:59-68.
- 3 Gomez ST, Asenjo VP, Perera MB, Hernandez IP, Giner AR, Garcia VP. Clinical significance of unilateral tonsillar enlargement. Acta Otorrinolaryngol Esp 2009;60:194-8.
- 4 Cinar F. Significance of asymptomatic tonsil asymmetry. Otolaryngol Head Neck Surg 2004;131:101-3.
- 5 Spinou C, Kubba H, Konstantinidis I, Johnston A. Role of tonsillectomy in histology for adults with unilateral tonsillar enlargement. Br J Oral Maxillofac Surg 2005;43:144-7.
- 6 Knecht PP, Keus RB, Roodenburg JLN. Richtlijn mondholte- en orofarynxcarcinoom versie 1.4. Nieuwegein: Nederlandse Werkgroep Hoofd-Halstumoren, 2004.
- 7 Dolev Y, Daniel S. The presence of unilateral tonsillar enlargement in patients diagnosed with palatine tonsil lymphoma: experience at a tertiary care pediatric hospital. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2008;72:9-12.
- 8 Cortez EA, Mattox DE, Holt GR, Gates GA. Unilateral tonsillar enlargement. Otolaryngol Head Neck Surg 1979;87:707-16.

Nico van Duijn

Tumor bij toeval

Als we bij toeval een tumor vinden, dan noemen we dat gekscherend een incidentaalom. Geruststellingsdiagnostiek levert veel incidentalomen op. Zomaar een CT-scan doen bij onverdachte hoofdpijn levert een tumor op bij 0,5% van de mensen. Bij mensen zonder hoofdpijn ook. Dat heeft dus geen zin. Ze vinden altijd wat, zonder verband met de klachten. De preciezere MRI-scan bij mensen zonder klachten is nog erger. Dan zie je soms allerlei vlekjes die je niet snapt en

wat dan? Als het al op een hersentumor lijkt, dan zijn dat de categorieën groeit-niet-dus-afblijven, niet-te-behandelen, behandel-pas-bij-klachten, behandel-bij-groei of geen-idee-wat-we-daar-zien. Je weet langer dat je een hersentumor hebt, maar je kunt er niets mee. Je leeft geen dag langer.

Maar al zou toevallig (< 0,02%) een behandelbare hersentumor worden gevonden, dan nog is het onverstandig zomaar een breinscan te maken. Helemaal omdat je het eigenlijk elk kwartaal moet laten doen, levenslang. Je weet maar nooit,

toch? De kans dat ze iets onduidelijks of iets hopelozers vinden is vele malen groter (minstens 20 keer groter). En dan ben je helemaal aan dokters overgeleverd. Dan moet je echt oppassen. Puncties en operaties om te zien wat er zit, het heeft allemaal zijn eigen, heel kleine risico op complicaties. Dat is het waard als je klachten en stoornissen hebt. Dat is gevaarlijk als het om ongerustheid gaat. Je zoekt zekerheid. Je vindt onzekerheid en risico's. Blijf uit de buurt van dokters als je geen klachten hebt. ■

