

# ORAAAL SQUAMEUS CELCARCINOOM (OSCC), EEN MOGELIJKE ROL VOOR OSTEOPATHIE IN HET KADER VAN EEN MULTIDISCIPLINAIRE NAZORG: EEN CASUSRAPPORT

CONSTANZE WAGNER<sup>1</sup>, PATRICK VAN DUN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Praxis für Osteopathie, Am Etlingsbrunnen 1, 34317 Habichtswald, Deutschland

**Deze casus belicht de mechanische invloeden in de ontstaanswijze van oraal squameus celcarcinoom (OSCC) en toont aan dat osteopathische zorg een duidelijke meerwaarde kan bieden in de multidisciplinaire nazorg van de gevolgen van operatieve, radio- en chemotherapie van OSCC.**

## Introductie

Oraal squameus celcarcinoom (OSCC) is wereldwijd de achtste meest voorkomende vorm van kanker en vormt een aanzienlijke bedreiging voor de gezondheid, waarbij minder dan 60% van de patiënten langer dan 5 jaar overleeft. Deze tumoren kunnen ontstaan ter hoogte van de tong, de mondbodem, de wangoppervlakte, de alveolaire oppervlakte en het palatum. De meest voorkomende plaats is de tong, die meteen ook de slechtste prognose heeft.<sup>1</sup>

Historisch gezien is tongkanker een ziekte van oudere mannen ten gevolge blootstelling aan conventionele risicofactoren, waaronder

tabak (ook pruimtabak) en alcohol.<sup>1,2</sup> Samen met een groter bewustzijn is het aantal aan tabak gerelateerde kankers gedaald in landen waar anti-tabakscampagnes met succes zijn geïmplementeerd. Ondanks de waargenomen algemene daling van de incidentie van OSCC, maken recente publicaties melding van een verontrustende trend van een toename van het aantal tong- en orofaryngeale kankers bij jongere patiënten, vrouwen en individuen zonder blootstelling aan de traditionele risicofactoren.<sup>1,3</sup> Een positieve noot is dat jonge adolescenten met OSCC een betere prognose lijken te hebben.<sup>3</sup> Voor de ontwikkeling van OSCC of leukoplakie (als potentiële precancereuze laesies) worden er naast de chemische ook mechanische triggers beschreven, zoals bijvoorbeeld slecht passende prothesen. Een belangrijke biologische trigger wordt in de literatuur beschreven als een

chronische infectie met het humaan papillair virus (HPV) die resulteert in chronische mucosale ontsteking.<sup>1</sup>

Hoewel de mondholte gemakkelijk toegankelijk is voor klinisch onderzoek, worden de meeste carcinomen gediagnosticeerd in een vergevorderd stadium. Het overlevingspercentage is direct gerelateerd aan de locatie en de mate van tumorgroei bij diagnose. Beide bepalen het type therapie.<sup>1-8</sup> De drie therapeutische pijlers zijn operatieve resectie van de primaire tumor, mogelijk in verband met een nekdissectie (verwijdering van drainerende lymfebanen in de nekregio) en/of radiotherapie met of zonder adjuvante chemotherapie.<sup>8</sup> Een veel voorkomende bijwerking die de kwaliteit van leven erg nadelig beïnvloedt is de mucositis na radiotherapie.<sup>9</sup>

Dit casusrapport belicht de mechanische invloeden in de ontstaanswijze van OSCC en beschrijft de mogelijke rol voor osteopathie in het kader van een multidisciplinaire nazorg van de gevolgen van operatieve, radio- en chemotherapie van OSCC.

## Casus

De patiënte is een 43-jarige vrouw die zich in september 2017 aanmeldt in de osteopathiepraktijk met schouder-nek-klachten in verband met slik- en articulatieproblemen, evenals lage rug- en buikpijn. Bovendien klaagt ze over een zwaartegevoel in beide benen, in combinatie met een pijngevoel van vooral de rechter onderste extremiteit.

Bekende en gedocumenteerde voordiagnoses zijn: toestand na matig gedifferentieerd, keratiniserend, exofytisch squameus celcarcinoom van 2-2,5 cm groot in het gebied van het linker ventrale derde deel van de tongrand en basis (tumorstadium pT3, pN0 (0/18) Lo Vo G2 Pn1 Mo). Vermoed wordt dat het OSCC ontstaan is na een constante mechanische wrijving van de tong aan een te scherpe tandkant.

Toestand na panendoscopie en nekdissectie, totale Ro resectie, op 21 maart, 2017. Obesitas en leververvetting, hypothyreoïdie, struma, ibuprofen-intolerantie.

Medisch therapeutische procedure: er werd een gedeeltelijke tongresectie uitgevoerd van het ventrale derde van de tong en een peeling van de tumor in het gebied van de tongbasis in de context van een panendoscopie op 21 maart, 2017, onder antibiotische profylaxe met cefuroxim en clont. Tegelijkertijd werden in totaal 18 lymfeklieren verwijderd via een nekdissectie. Een volledige tandheelkundige restauratie werd aanbevolen. Een intraveneuze poortkatheter onder de rechter clavicula werd aangelegd en in de periode van 25 april tot 8 juni, 2017 werd een gecombineerde chemoradiotherapie uitgevoerd. Eerst werd de patiënte via een neussonde gevoed en na verloop van tijd kon ze terug normaal eten.

Verloop van de therapie: mevrouw L. kon postoperatief na ongeveer drie weken terug normaal spreken en eten. De eerste gewrichtsproblemen begonnen na de derde week van radiotherapie en verslechterden tot ongeveer het einde van haar revalidatie, eind juli 2017. Volgens het artsverslag ontwikkelde mevrouw L. een steeds pijnlijkere mucositis tot graad drie als bijwerking van de radiotherapie. Dit belemmerde de orale voedselinname en ook de spraak aanzienlijk. Op dat moment voedde ze zich voornamelijk met vloeibaar voedsel via een rietje. In de periode van ongeveer zes maanden (vanaf het begin van de diagnose begin 2017 tot het einde van chemoradiotherapie in juni 2017) verloor de voorheen obese patiënte (120 kg) 40 kg. Mevrouw L. volgde een revalidatie met psychologische, evenals fysiotherapeutische, lymfotherapeutische zorg en logopedie.

## Klinisch onderzoek/diagnose



Afbeelding 1: toestand na gedeeltelijke tongresectie.



**Afbeelding 2:** littetken nekdissectie.

Bij de eerste afspraak in september 2017 vertoont de patiënte een aanzienlijk verminderde algemene toestand. Ze klaagt over frequente vermoeidheid en musculoskeletale klachten gerelateerd aan de nek en schoudergordel, hoofd, kaak en aangezicht, en aan de lumbale wervelkolom en onderste ledematen. De articulatie van bepaalde lettergrepen en het slikken zijn erg moeilijk.

Een visuele inspectie van het aangezicht toont drie littetkens (rechts infraclaviculair van de voormalige poortkatheter, één in de linker halsregio en één op de tong; zie afbeelding 1 en 2) en een opgespannen huid in het gebied van de monddriehoek en de wangen. De tongmotoriek is in alle bewegingsrichtingen vrij goed maar vertraagd. De mond kan slechts in beperkte mate worden geopend en gesloten. De patiënt meldt een algemeen spanningsgevoel met zwaarte in de tong. Een verhoogde myofasciale tonus rond alle drie de littetkens is zichtbaar en voelbaar. Vooral het halslittetken toont een verhoogde spanning tijdens het slikken en bij bewegingen van de mandibula (mond openen en sluiten), wat ook door palpatie kan worden vastgesteld. Ook het slikken (hyoid) wordt hierbij myofasciaal geblokkeerd. Een dalende myofasciale keten die zich uitstrekt van het linker temporale gebied, over de mandibula, naar de linker clavipectorale fascia is te palperen. Het PAAP-systeem<sup>10</sup> staat onder spanning. Links meer op het niveau van mm. scaleni en ventrolateraal verlopende halsfasia, rechts is vooral de sternocleidomastoideus hypertoon.

Er is ook een voelbaar hypertone myofasciale keten tussen de rechter occipitale regio, de

thorax en het bekken rechts, evenals een abdominale hypertense drukkolom tussen de rechter regio hypochondrica en de rechter fossa iliaca. De flexura coli dextra is gesloten, de onderste leverrand ligt diep (duidelijk voelbaar onder de ribrand en drukgevoelig). Het caecum is gevoelig en voelt congestief aan. Zichtbare en voelbare veneuze stagnatie van de onderste ledematen, vooral rechts.

Bovendien klaagt de patiënt over een droge mond (xerostomie), gebrek aan speekselvloed en smaakstoornissen. In het bijzonder wordt 'zoet' niet meer geproefd.

Naast een monosegmentale articulaire dysfunctie op het niveau van Th2 / Th3, is het vooral de dysfunctie ter hoogte van de rechter regio hypochondrica die meer op de voorgrond treedt. Voornamelijk crus diafragmatica dextra, evenals de clavipectorale fascia, de cervicale fascia en de atlanto-occipitale spieren.

## Behandeling

Mevrouw L. komt nu reeds twee jaar maandelijks op osteopathische consultatie. De eerste behandelingen waren aanvankelijk gericht op de regio hypochondrica dextra en de fossa iliaca. Het doel was om te werken in de richting van leverondersteuning en leverdrainage met een opening van de flexura coli dextra, drainage en ondersteuning van de lever via technieken ter hoogte van de TGI (mesenterium), mobilisatie van de fascia van Toldt naar de laterale myofasciale bekkenwand bij een matig gefixeerd caecum in congestie. Dit alles met als doel de structuren in de rechter regio inguinalis te verlichten. De verdere behandelingen concentreerden zich steeds meer op regio's zoals de thorax, schouder, nek en het hoofd.

## Discussie

OSCC komt meestal voor bij oudere mannen ten gevolge van overmatige tabak- en alcoholconsumptie.<sup>1,2</sup> De ontstaansredenen voor OSCC bij deze relatief jonge vrouw die niet rookte en ook niet overmatig alcohol consumeerde diende anders verklaard te worden. Buiten haar obesitas en een hypoplastische schildklier, die te wijten is aan een auto-

immuunproces beginnend op haar twintigste, waren er geen andere klachten. Vermoedelijk lag het aan een tandvulling die ze op haar twintigste kreeg na een breuk van één van haar linker kiezen. De constante wrijving van de tong langs de scherpe kant van de door kauwbelasting gedaalde tandvulling zorgde voor pijn en een wonde ter hoogte van de tong. Na een tandartsbezoek werd de vulling weer aangepast en de wonde genas weer tot de vulling zich weer veranderde en een scherpe kant vertoonde en het hele proces opnieuw startte. Dit gebeuren herhaalde zich meermaals gedurende ruim twintig jaar tot er eind december 2016 een duidelijke leukoplakie aan de tong te erkennen was die men voor een aft aanzag. In februari van 2017 werd dan de diagnose van OSCC gesteld.

De zware fysieke alsook de psychologische klachten die geassocieerd worden met mucositis na de behandeling van OSCC zijn wel bekend.<sup>9</sup> Zowel spraak-, slik- en smaakproblemen als de beperkte mobiliteit van de mond en nek en xerostomie maar ook de intense pijn en verminderde voedselopname met gewichtsverlies tot gevolg, vielen ook mevrouw L. te beurt. In vele gevallen kan dit ook leiden tot sociaal isolement en een algemeen verminderde levenskwaliteit. Precies omdat de impact van deze kanker en haar behandeling zo zwaar is, kan de zorg voor deze patiënten best in een multidisciplinair team plaatsgrijpen. Osteopathie heeft hier ook zijn plaats en subjectief ervaart mevrouw L. de osteopathische zorg als de verbindende factor van alle andere therapeutische maatregelen die werden genomen; “ik ben steeds verrast hoe mijn klachten met elkaar verbonden zijn in het gehele lichaam”, vertrouwt mevrouw L. ons toe.

Met betrekking tot het osteopathisch klinisch redeneren in deze casus zijn er enkele mogelijke pistes die weerhouden kunnen worden. De keuze om in de eerste consultaties voornamelijk te focussen op het systemische karakter van de problematiek en niet op de onmiddellijke omgeving van de ingrepen voor de OSCC werden gebaseerd op de volgende bevindingen.

De obesitas met leververvetting was er reeds vóór de operatieve resectie van de tumor. Op dat moment werden echter nog geen abdominale, rug- en beenklachten gemeld. Opvallend was de

slechte algemene toestand van de patiënt met vooral vermoeidheid en buikpijn tijdens de eerste consultaties in de osteopathische praktijk. De patiënt had een zeer pijnlijke ziekte en therapie achter de rug die psychologisch moest worden overwonnen (angst voor de dood en recidive), evenals een te snel en massaal geïnduceerd gewichtsverlies. Voor de reeds voordien verzwakte lever betekende dit, naast de belasting van de chemoradiotherapie, antibiotica en sterk veranderd dieet, een extra fysiologische belasting. Ook biomechanisch is het enorme gewichtsverlies een probleem voor de lever, en dit volgens de hypothese van de drie bladen van Glénard: de hypotense TGI biedt niet langer de nodige ondersteuning voor de leverregio. Het resultaat is een voelbare leverptose, met een naar inferieur gerichte drukverdeling in het bekkengebied, wat mogelijk een venolymfatische stase in de onderste ledematen veroorzaakte. In hoeverre de rechter diepergelegen diafragmakoepeel nu een opstijgende myofasciale invloed uitoefende op het occiput, of dat het occiput door een neerwaartse myofasciale keten vanuit het litteken van de poortkatheter beïnvloed werd is niet geheel duidelijk. Vermoedelijk overlappen beide invloeden elkaar.

Een duidelijke verbetering van de abdominale, rug- en beenklachten volgde al na een eerste behandeling, zodat vrij snel meer aandacht kon worden besteed aan de lokale beperkingen van de bovenste thoraxapertuur, hals en nekregio. De beperkende invloed van de nekdissectie op de functie van de mandibula, tong, mondbodem en de atlanto-occipitale regio is zeer uitgesproken en deels irreversibel.

Alle pijnsymptomen ter hoogte van de rug, het abdomen en de benen zijn tot op vandaag niet meer teruggekeerd. De patiënt voelt zich over het algemeen goed en werkt weer voltijds. Ze kan weer normaal eten en drinken, zonder zich te verslikken. Toch blijft een steeds terugkerend spanningsgevoel van de tong en het aangezicht aanwezig. Hoewel dit gevoel direct kan worden beïnvloed door een osteopathische consultatie, biedt het slechts een tijdelijke, verbeterde functie die ongeveer vier weken aanhoudt. De verbeterde functie toont zich in een aanzienlijk vrijere kaakbeweging, een verhoogde speekselvloed, een visueel en subjectief waargenomen meer

ontspannen aangezicht en een verminderd spanningsgevoel in de nek- en schouderregio. Hoewel het slikken reeds lange tijd geen probleem meer vormt, meldt mevrouw L. na elke osteopathische consultatie nog steeds een vrijer en beter gevoel bij het slikken.

## Conclusie

Bij het ontstaan van OSCC kunnen naast chemisch uitlokkende factoren ook mechanische invloeden van belang zijn. Deze bevindingen verdienen zowel anamnestic als ook klinisch onze aandacht, waarbij we vooral aandachtig dienen te zijn voor het voorkomen van leukoplakie als mogelijke precancereuze laesies. Een regelmatige visuele inspectie van de mondholte door de osteopaat is daarom aangewezen.

Hoewel de postoperatieve en post-radiochemisch geïnduceerde laesies duidelijk voorhanden zijn, is het steeds belangrijk om een blijvende aandacht te hebben voor de mogelijk meer systemische invloed in de complexe symptoomproblematiek bij patiënten met een OSCC.

Deze casus toont aan dat osteopathische zorg een duidelijke meerwaarde kan bieden in de multidisciplinaire aanpak van de invaliderende gevolgen na de behandeling van OSCC.

## Ethische verklaring

Een geïnformeerde toestemming voor publicatie werd verkregen van de betreffende patiënt.

## Referenties

1. Ng JH, Iyer NG, Tan MH, Edgren G. Changing epidemiology of oral squamous cell carcinoma of the tongue: A global study. *Head Neck*. 2017; 39(2):297-304.
2. Kaur G, Singh M, Kaur M, Singh B, Gupta RK. A clinicopathological study of upper aerodigestive tract cancers. *Niger J Clin Pract*. 2019; 22(9):1208-1212.
3. Udeabor SE, Majeed R, Wegener G, Gellrich NC, Eckardt AM. Squamous cell carcinoma of the oral cavity and the oropharynx in patients less than 40 years of age: a 20-year analysis. *Head Neck Oncol*. 2012; 4:28.
4. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral Oncology*. 2010; 46(6): 423-425.
5. Martinez C, Hernandez M, Martinez B, Adorno D. Frequency of oral squamous cell carcinoma and oral epithelial dysplasia in oral and oropharyngeal mucosa in Chile; *Rev. Med Chil*, 2016; 144(2): 169-74.
6. Tandon P, Dadhich A, Saluja H, Bawane S, Sachdeva S. The prevalence of squamous cell carcinoma in different sites of oral cavity at our Rural Health care Centre in Ioni, Maharashtra – a retrospective 10-year study. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2017; 21(2): 178-183.
7. Jehn P, Dittman J, Zimmerer R, Stier R, Jehn M, Gellrich NC, Tavassol F, Spalthoff S. Survival rates according to tumor location in patients with surgically treated oral and oropharyngeal Squamous cell carcinoma. *Anticancer Res*. 2019;39 (5):2527-2533.
8. Grégoire V, Nicolai P. Comment. Choosing surgery or radiotherapy for oropharyngeal squamous cell carcinoma: is the issue definitely settled? *The Lancet*. 2019; [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30495-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30495-4)
9. Jehn P, Stier R, Tavassol F, Dittmann J, Zimmerer R, Gellrich NC, Krüskemper G, Spalthoff S. Physical and Psychological Impairments associated with Mucositis after Oral Cancer Treatment and Their Impact on Quality of Life. *Oncol Res Treat*. 2019; 42 (6): 342-349.
10. Denys-Struyf G. *Les chaînes musculaire et articulaires*, 1997, 5th edn. ICTGDS, Brussels.