

Fikret Sarihan

aio neurologie OLVG locatie West,
Amsterdam

Marin Musters

coassistent neurologie, OLVG
locatie West, Amsterdam

Bastiaan ter Meulen

neuroloog, OLVG locatie West,
Amsterdam en Zaans Medisch
Centrum, Zaandam

Jasper Sluimer

radioloog, OLVG locatie West,
Amsterdam

Multipele hersenzenuwuitval

Een 74-jarige vrouw kwam op de polikliniek Neurologie vanwege langzaam progressieve zwakte van haar rechterlichaamshelft. Daarnaast had ze visusverlies van het linkeroog, hypesthesie van de linkergelaatshelft, een afhingende mondhoek links en gehoorverlies links.

Het neurologisch onderzoek liet multipelle hersenzenuwuitval links zien: verminderde visus (n. II), o.a. ptosis en wijdere lichtstijve pupil (n. III), hypesthesie van het gelaat (n. V), abductiebeperking bij kijken naar links (n. VI), afhingende mondhoek en onvermogen tot het sluiten van het oog (n. VII), verminderd gehoor (n. VIII) en protrusie van de tong naar links (n. XII). Verder had ze een lichte hemiparese rechts met verhoogde reflexen rechts en een voetzoolreflex volgens Babinski rechts wat past bij compressie van de piramidebanen, links in de hersenstam. Op een MRI van de hersenen was een tumor uitgaande van de clivus, een deel van het os occipitale te zien met compressie van de hersenstam, het cerebellum en de linkertemporaalkwab (*figuur 1*), radiologisch best passend bij een chordoom. De vrouw werd opgenomen en geopereerd

door de neurochirurg. Er vond een transnasale resectie plaats met aanvullend radiotherapie. De histopathologie bevestigde de verdenking op een chordoom.

Chordomen zijn zeldzame, langzaam groeiende, lokaal invasieve bottumoren. Ze gaan uit van resten van het notochord, een embryonale structuur die een rol speelt bij de ontwikkeling van wervels en tussenwervelschijven. Chordomen komen voor in de schedelbasis, het sacrum en de wervelkolom. Ze worden vaak pas in een laat stadium ontdekt door hun langzame groei. De symptomen kunnen specifiek zijn en hangen sterk af van de lokalisatie. Chordomen van de schedelbasis groeien doorgaans in de clivus en presenteren zich met hoofdpijn, hersenzenuwuitval of verstoring van de hormoonhuishouding.¹ De behandeling is in eerste instantie chirurgisch. Totale resectie is vaak niet mogelijk vanwege de nauwe relatie met belangrijke nabijgelegen structuren. De mediane overleving is 6,29 jaar met een tienjaarsoverleving van 39,9 procent.² Bij deze patiënt trad geen duidelijke verbetering op na chirurgie en aanvullende radiotherapie. ■

contact

f.sarihan@olvg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

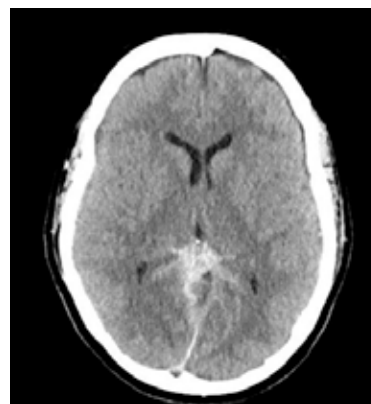
Heeft u ook een interessante casus voor deze rubriek?

Stuur tekst (max. 300 woorden) en beeld naar redactie@medischcontact.nl.

Als uw casus wordt gepubliceerd, ontvangt u van ons het boek *Canon van de geneeskunde in Nederland*.

De voetnoten vindt u bij deze casus op medischcontact.nl/gezien.

Wat ziet u?



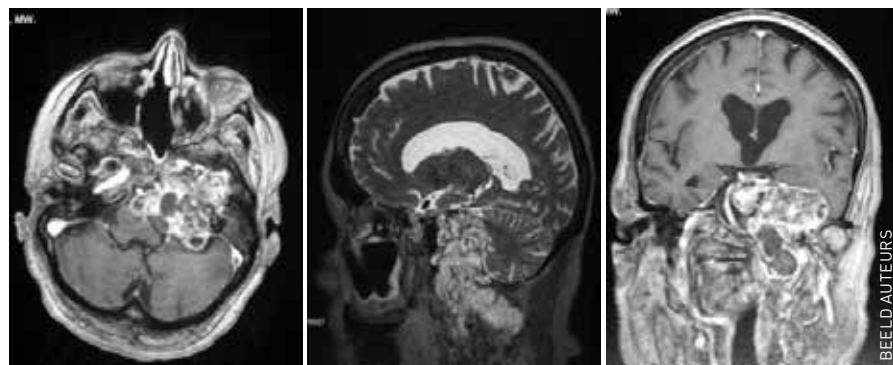
Een 50-jarige vrouw is bekend met type 2 diabetes en migraine. Nu komt ze op de SEH met hoofdpijn die twintig seconden na een niesbui acuut begon. Wat ziet u?

U kunt reageren op medischcontact.nl/watzienu.



Het antwoord vindt u volgende week in Medisch Contact.

1. Grillig gelobde tumormassa bij clivus uitbreidend naar mediaan met compressie en verplaatsing van de hersenstam, cerebellum en linkertemporaalkwab.



A. MRI-hersenen, axiale T 1-opname met contrast.

B. MRI-hersenen, sagittale T 2-opname met contrast.

C. MRI-hersenen, coronale T 1-opname met contrast.