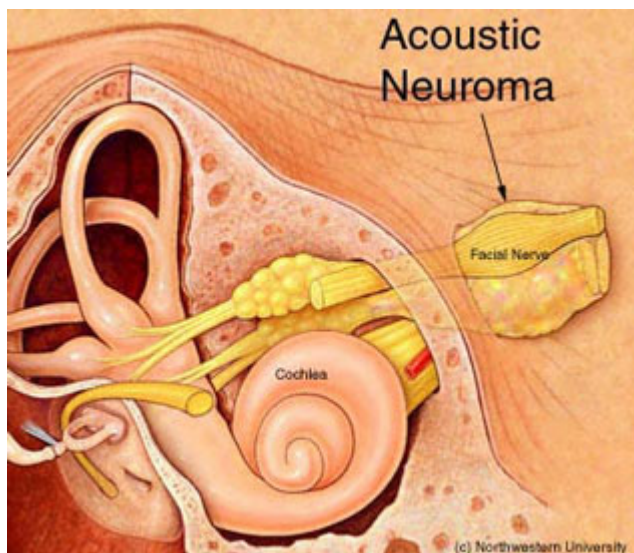


Brughoektumor

Een brughoektumor, ook wel vestibularis-schwannoom of acusticus-neurinoom genoemd, is een goedaardig gezwel uitgaande van de omhulling (zenuwschede) van de gehoor- en

evenwichtszenuw. Deze

zenuw is opgebouwd uit twee zenuwgedeelten, waarvan één uit het slakkenhuis en één uit het evenwichtsorgaan komt. Deze zenuw loopt door het rotsbeen via een benig kanaal, de inwendige gehoorgang, naar de hersenen (zie tekening).



De ingang van de inwendige gehoorgang wordt de brughoek genoemd. Op deze plaats begint de tumor meestal geleidelijk uit te groeien. De oorzaak van deze tumorgroei is niet bekend. De tumor groeit langzaam, gemiddeld 2 mm per jaar (spreiding 0,5 - 15 mm per jaar) en kan zich uitbreiden richting de hersenstam en kleine hersenen. Naar schatting wordt in Nederland per jaar bij ongeveer 160 patiënten (tien per miljoen inwoners) voor het eerst de diagnose brughoektumor gesteld.

De klachten van een brughoektumor

Er is geen eenduidig verloop van de klachten bij het ontstaan van een brughoektumor. In sommige gevallen wordt de tumor bij toeval ontdekt. De meeste mensen met een brughoektumor klagen over ééNZijdige slechthorendheid en evenwichtsstoornissen (meestal een gevoel van onzekerheid ter been). Vaak zijn er klachten van oorsuizen. Door groei van de tumor ontstaat druk op de omliggende zenuwen en eventueel hersenweefsels. Dit geeft in eerste instantie uitval van de gehoor- en evenwichts-zenuw en in een later stadium de aangezichts-zenuw, waardoor ook een scheefstand van het gelaat kan ontstaan. Ook kan een doof gevoel in het gelaat ontstaan. Een brughoektumor wordt meestal vastgesteld door een KNO-arts. Een gehoortest en een 'elektrische gehoortest' (BERA) kunnen wijzen in de richting van een brughoektumor.

Het aangewezen onderzoek om de diagnose te bevestigen is een MRI-scan. Soms wordt door een neuroloog een brughoektumor vastgesteld. Er vindt dan verwijzing plaats naar een KNO-arts of een brughoektumor-behandelteam.

De behandeling

Meestal worden de patiënten met een brughoektumor in een behandelteam (KNO-arts, neurochirurg, radioloog en radiotherapeut) besproken. Hierbij komen de verschillende behandelingsmogelijkheden aan de orde, op basis waarvan

door elke individuele patiënt een afgewogen keus kan worden gemaakt. In principe zijn er drie vormen van behandeling:

- **Opereren**

De tumor wordt door een operatie verwijderd.

- **Stereotactische bestraling**

De tumorgroei wordt door een zeer gerichte bestraling gestopt.

- **Wachten en vervolgen (“wait and scan”)**

Een afwachtend beleid is een mogelijkheid bij een relatief kleine tumor en/of bij relatief geringe klachten. Daarnaast kunnen er andere redenen (andere ziekten en/of leeftijd patiënt) zijn om af te zien van een behandeling. De groeisnelheid van de tumor kan namelijk zeer gering zijn (gemiddeld 1 à 2 mm per jaar). Dit wordt in principe éénmaal per jaar met een controle-MRI-onderzoek gecontroleerd.

Operatie van een brughoektumor

Wanneer na uitvoerige analyse en overleg met de patiënt voor een operatie wordt gekozen, heeft de KNO-arts drie benaderingswegen tot zijn/haar beschikking. De meest optimale toegangsweg naar de tumor hangt af van de precieze plaats en de grootte. Daarnaast is de ernst van de gehoorvermindering beslissend en/of de voorkeur van het operatieteam.

Deze drie benaderingswegen zijn:

- translabrynthair ('door het oor');
- middle fossa ('boven het oor');
- retrosigmoïdaal ('achter het oor').

Aan de hand van een tekening wordt het behandelingsvoorstel verduidelijkt en met de patiënt (en familie) besproken. Ook de risico's en eventuele gevolgen komen hierbij uitgebreid aan de orde. Tijdens de operatie zijn in principe vaak twee operateurs aanwezig: twee KNO-artsen of een KNO-arts en een neurochirurg. Door het gebruik van microchirurgisch instrumentarium, een operatiemicroscoop en moderne apparatuur, die de functie van de aangezichts- en gehoorzenuw bewaakt, wordt beschadiging aan omliggende zenuwen en hersenweefsel zoveel mogelijk vermeden. Het verwijderde weefsel wordt onderzocht door een patholoog-anatoom (weefseldeskundige). In principe wordt gestreefd naar complete (totale) tumorverwijdering, waarbij in de regel een kleine tumor aanzienlijk gemakkelijker te verwijderen is dan een grote.

Uw behandelend KNO-arts zal verder de volgende zaken bespreken:

- details over de operatie;
- operatieduur;
- opnameduur (gemiddeld één week);
- eventuele noodzaak voor opname op de intensive care;
- mogelijke complicaties en de kans hierop en
- eventuele restverschijnselen.

Restverschijnselen na een operatie

Het verwijderen van een brughoektumor is een grote operatie, waarvan het herstel meestal vier tot zes weken in beslag neemt. Door de omvang van de operatie treedt vaak vermoeidheid na de operatie op. De meeste patiënten herstellen voorspoedig en kunnen nadien sociaal en professioneel functioneren als voor de operatie.

De belangrijkste negatieve gevolgen van een operatie kunnen zijn:

- **Gehoorvermindering/uitval**

Als de gehoorzenuw moet worden opgeofferd om de tumor in zijn geheel te kunnen verwijderen, zal het oor doof worden. Vooral in het begin levert dit problemen op, zoals bij het lokaliseren van gesprekken en het luisteren naar gesprekken in een lawaaiige omgeving. De meeste mensen leren hier snel mee omgaan of waren hier al aan gewend.

- **Oorsuizen**

Oorsuizen kan in sommige gevallen verdwijnen, maar kan ook onveranderd aanwezig blijven, ontstaan of verergeren. De oorzaak hiervan is niet duidelijk.

- **Verlamming van de aangezichtszenuw**

De aangezichtszenuw, die midden in het operatiegebied ligt, kan door de manipulatie, die locale zwelling geeft, tijdelijk minder goed werken. Het gevolg kan zijn dat de aangezichtsspieren aan één zijde van het gelaat niet meer kunnen worden aangespannen, zodat een scheef gezicht ontstaat en er soms veel klachten zijn van het oog.

Zenuwherstel gaat bij tijdelijke uitval langzaam en het kan zeker enkele maanden duren voordat de zenuw weer geheel hersteld is. Bij het verwijderen van een grote brughoektumor kan de aangezichtszenuw onherstelbaar beschadigd raken. Indien herstel niet vanzelf kan worden verwacht, uitblijft of te lang duurt, zijn er nog andere herstelmogelijkheden (ook operatieve).

- **Evenwichtsklachten**

Soms zijn er voor de operatie al evenwichtsklachten, deze kunnen ook door de ingreep ontstaan of (tijdelijk) verergeren. In bijna alle gevallen neemt - bij uitval van één evenwichtsorgaan - het andere evenwichtsorgaan de evenwichtsfunctie in de loop van enkele weken over. Dit proces kan door houdings- en bewegingsoefeningen en een actieve manier van leven worden versneld. Het komt zelden voor dat duizeligheid blijft bestaan.

- **Hoofdpijn**

Hoofdpijnklaften zijn meestal tijdelijk en staan niet op de voorgrond.

Stereotactische bestraling van een brughoektumor

Andere benamingen voor bestraling van een brughoektumor zijn: stereotactische radiotherapie of radiochirurgie. Door deze bestraling ontstaat groeistilstand. Dit wordt tumorcontrole genoemd.

Deze behandeling komt in aanmerking bij kleine en middelgrote brughoektumoren of wanneer om welke reden dan ook wordt afgezien van een operatie. Patiënten die bestraald zijn, worden in principe levenslang na de bestraling gecontroleerd met een jaarlijks controle-MRI-onderzoek.

Langdurig vervolgonderzoek moet uitwijzen of stereotactische radiotherapie ook op langere termijn een betrouwbare

behandeling is voor brughoektumoren.

Restverschijnselen na stereotactische bestraling

De bestralingsbehandeling zelf geeft in het algemeen geen acute verschijnselen. In een enkel geval kan wat misselijkheid optreden, welke eenvoudig is te behandelen. De belangrijkste complicatie van deze behandeling is toename van het gehoorverlies. Bij de meeste patiënten treedt dit echter niet of in geringe mate op. Bovendien is er een kleine kans dat de aangezichtszenuw wordt beschadigd, hetgeen kan leiden tot een hangende of gevoelloze aangezichtshelft. Overige complicaties worden zelden gezien.

Net zoals bij het maken van een röntgenfoto maakt ook de bestralingsbehandeling gebruik van röntgen- of gammastraling. Men moet aannemen dat dit op lange termijn een, weliswaar klein, risico geeft op het krijgen van kwaadaardige ziekten. Indien er toch tumorgroei is na bestraling dan is vervolgens een operatie lastig en meer risicovol (op zenuwbeschadiging) vanwege de verlittekening na de bestraling.

Meer informatie over de brughoektumor

Op dit moment is er in ons land geen patiëntenvereniging voor brughoektumorpatiënten.

Ook het Internet kan de individuele patiënt niet volledig informeren, omdat er (te) veel, soms tegenstrijdige, informatie

kan worden gevonden. Wij raden u daarom aan al uw vragen aan uw behandelend arts te stellen, zodat u (op uw persoonlijke situatie) gerichte adviezen en antwoorden kunt krijgen.

Een paar van deze vragen zijn hieronder opgesomd:

- Wat is de chirurgische/radiotherapeutische ervaring van mijn behandelend arts of team?
- Wat zijn de resultaten van chirurgie/radiotherapie met betrekking tot aangezichts- en gehoorfunctie in relatie tot de grootte van mijn tumor?
- Zijn er meerdere specialisten/operateurs bij mijn operatie betrokken?
- Wat is het percentage complicaties (infectie, lekkage, bloeding)?
- Hoe lang duurt de operatie/radiotherapie-behandeling, indien deze zonder problemen verloopt?
- Hoe is de vervolgbehandeling na operatie/radiotherapie?

Tot slot

Mocht u na het lezen van deze folder nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met de polikliniek KNO. De polikliniek KNO is bereikbaar van maandag t/m vrijdag van 08.00 tot 16.30 uur via telefoonnummer: (079) 346 25 93.

Wat vindt u van deze patiënteninformatie?

Wij horen graag uw mening over deze folder. Wilt u na het lezen enkele vragen beantwoorden? U vindt de vragen via deze link: <https://folders.hagaziekenhuis.nl/2228>. Dank u wel.

Spreekt u geen of slecht Nederlands?

De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

Do you speak Dutch poorly or not at all?

This brochure contains information that is important for you. If you have difficulty understanding Dutch, please read this brochure with someone who can translate or explain the information to you.

Czy Państwa znajomość języka niderlandzkiego jest żadna lub słaba?

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność, postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

Hollandaca dilini hiç konuşamıyor musunuz veya kötü mü konuşuyorsunuz?

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilinde zorlanıyorsanız, bu broşürü, size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

إذا كنتم لا تتحدثون اللغة الهولندية أو تتحدثونها بشكل سيء إن المعلومات الموجودة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كانت لديكم صعوبة في اللغة الهولندية، فاحرصوا عندئذ على قراءة هذا المنشور مع شخص يترجم المعلومات أو يشرحها لكم.

507907042025