



Een gezwollen rood oor

Tanly Su¹, Marjolein Koldijk², Hilde Bosker²

Een 59-jarige vrouw werd door een perifere KNO-arts verwezen naar het KNO hoofd-halsteam in het UMCG wegens verdenking maligniteit linker oorschelp. Op de MRI werd een proces in de oorschelp links gezien met uitbreiding tot in de parotis en uitwendige gehoorgang links met pathologische lymfadenopathie hals links. Echter gezien de verdenking op infectie werd zij vanuit de hoofd-halswerkgroep naar ons doorverwezen. Op geleide van de wondkweek werd antibiotische behandeling ingezet, maar de klachten bleven toenemen. Het linkeroor werd fors oedeemateus, ulcererend en pussend. Bij top-teen inspectie werden op een later moment ook diverse nummulaire deels annulaire plaques gezien waarna uiteindelijk, na nieuwe diagnostiek, de juiste diagnose gesteld kon worden.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Anamnese

Sinds 4 maanden bestond er een paarsrode pussende zwelling van het linkeroor, spontaan ontstaan. Zij was nooit in de tropen geweest en heeft twee katten als huisdier. De voorgeschiedenis vermeldde constitutioneel eczeem. Behandeling met amoxicilline/clavulaanzuur, flucloxacilline en oordruppels had geen effect.

Dermatologisch onderzoek

Er was sprake van fors oedeem van het gehele linkeroor. De externe gehoorgang doorlopend naar de concha was erosief en pussend [figuur 1a]. In de nek een tweetal lenticulaire erythemateuze plaques.

Differentiële diagnose (DD)

Er werd gedacht aan een infectie (bacterieel, mycologisch, virus). Tevens werd een (ANCA) vasculitis, basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom overwogen.

Aanvullend onderzoek

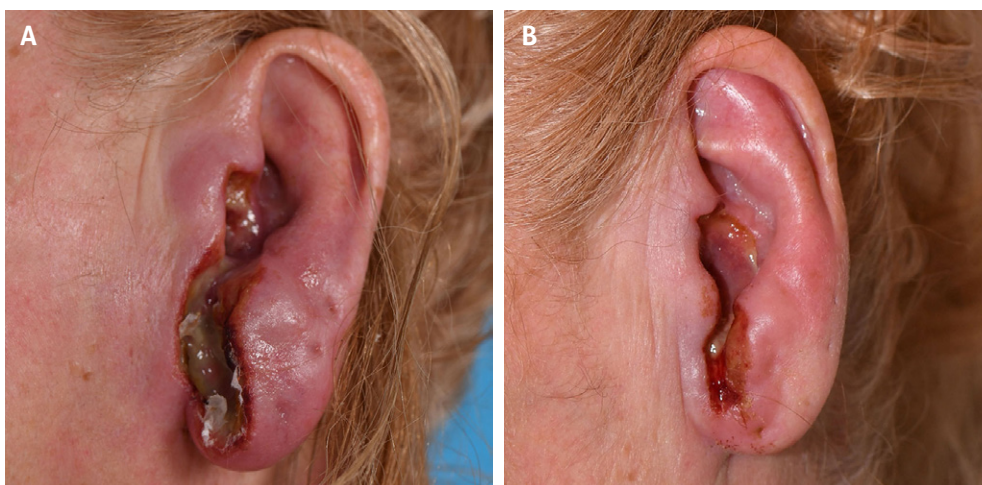
Aanvullend microbiologisch onderzoek toonde proteus mirabilis, verder waren de PCR varicella zoster virus, herpes simplex virus 1 en 2 en huidbiopt op (atypische) mycobacteriën negatief. In het lab waren borrelia, bartonella en ANCA negatief. Histopathologisch onderzoek van de concha toonde stroma met necrose.

Diagnose

De werkdiagnose oorinfectie o.b.v. proteus mirabilis werd gesteld.

Beleid en beloop

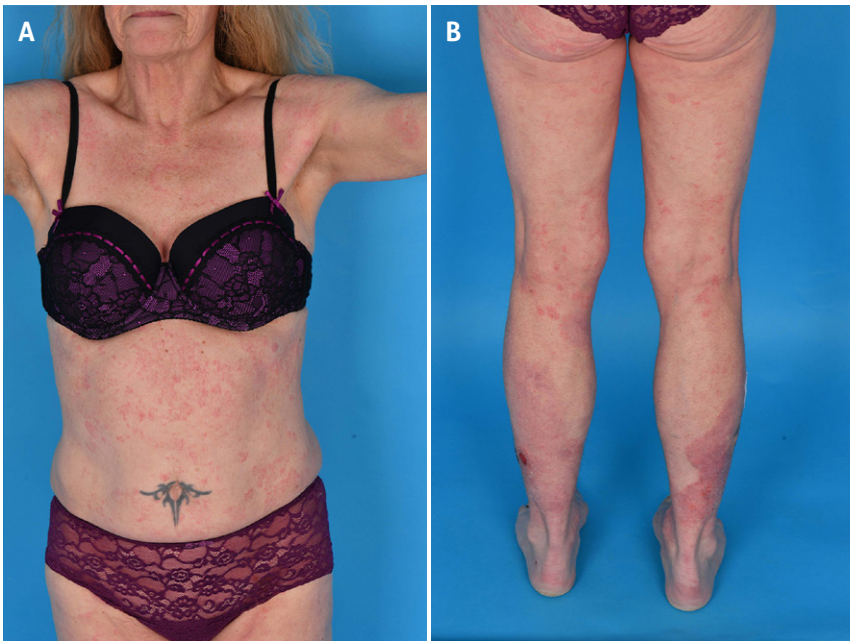
Behandeling met cotrimoxazol 3dd 960 mg gedurende 6 weken, clindamycine 3dd 600 mg gedurende 14 dagen en terracortil polymyxine B oortampons gaf geen verbetering. In verband met uitbreiding en forse pijn bezocht zij meermaals zowel de polikliniek dermatologie als KNO. Hier werd uitbreiding van het beeld gezien met lymfadenopathie hals links en bij top-teen inspectie werden tevens multipole nummulaire, deels



Figuur 1. A. Linkeroor bij eerste presentatie. B. Toename oedeem, pijn en ulceratie linkeroor bij volgende presentatie.

¹ Aios dermatologie, afdeling dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen

² Dermatoloog, afdeling dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen



Figuur 2. A. Annulaire plaques romp.
B. Scherp begrensde erythematosquameuze plaques benen.

annulaire plaques gezien. [Figuur 1b, 2a en 2b] Anamnestic al jaren bestaand maar thans wel progressief en jeukend.

Er werd opnieuw aanvullend onderzoek ingezet waarbij de DD werd aangevuld met relapsing polychondritis en bestond de DD van het lichaam uit: eczeem, erythema annulare centrifugum, granuloma annulare, dermatomycose, subacute cutane lupus erythematosus, auto-immuunblaarziekte en interstitiële granulomateuze dermatitis. Echogeleide punctie van de halsklier toonde geen maligniteit. Immunofluorescentie onderzoek was negatief. In de nieuwe bipten (hals en onderbeen) werd een sterk atypisch T-cel infiltraat met epidermotropisme aangetroffen passend bij mycosis fungoides (MF), met in beide bipten dezelfde T-cel kloon. Aanvullende bipten van het linker oor toonden tumor stadium MF. Via PET-CT en flowcytometrie werd systemische betrokkenheid uitgesloten. De diagnose primair cutaan T-cel lymfoom, type MF tumor stadium IIB werd gesteld. Na multidisciplinair overleg werden het linker oor en de linker borst behandeld met radiotherapie met goede resultaten. De rest van de huid werd met lokale therapie behandeld met clobetasolcrème, kenacort A40 i.l. en UVB-lichttherapie.

BESPREKING

MF is het meest voorkomende type (T-cel) huidlymfoom. In Nederland krijgen jaarlijks 75 tot 100 mensen deze diagnose. [1] Het kent een heterogeen beeld met patches, plaques, tumoren en erythrodermie. Vaak wordt het onterecht langdurig aangezien voor eczeem, psoriasis of een andere benigne dermatose. De ziekte in stadium I staat bekend om zijn indolente beloop en wordt daarom in zekere zin als een chronische ziekte beschouwd. Vanaf tumor stadium wordt de prognose echter minder gunstig met een 5-jaars overleving van 69%. [2] Risico op progressie is geassocieerd met het stadium bij diagnose: vanaf \geq IIB werd bij 40% van de patiënten progressie gezien. [2] MF gelokaliseerd op het oor is zeldzaam. Het kan gepaard gaan met secundaire infectie en cerumen impactie. [3] Er is vaak een behandeldelay doordat het wordt aangezien voor een otitis externa. Bewustzijn hiervan leidt hopelijk tot een

snellere diagnose met als gevolg minder morbiditeit en betere prognose.

LEERPUNTEN

- MF is het meest voorkomende type huidlymfoom.
- Er is vaak een behandeldelay doordat het onterecht wordt aangezien voor eczeem, psoriasis (op het lichaam) of otitis (indien gelokaliseerd op het oor).
- Denk ook bij een pijnlijke zwelling van het oor aan een cutaan T-cel lymfoom, type mycosis fungoides.

TREFWOORDEN

Mycosis fungoides - cutaan T-cellymfoom – oortumor – otitis - radiotherapie

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen

LITERATUUR

1. Ottevanger R, Bruin de DT, Willemze R et al. Incidence of mycosis fungoides and Sézary syndrome in the Netherlands between 2000 and 2020. *Br J Dermatol.* 2021 Aug;185(2):434-435.
2. Quaglino P, Pimpinelli N, Berti E et al. Time course, clinical pathways, and long-term hazards risk trends of disease progression in patients with classic mycosis fungoides: a multicenter, retrospective follow-up study from the Italian Group of Cutaneous Lymphomas. *Cancer.* 2012 Dec 1;118(23):5830-9.
3. Wilkinson AJ, Nader ME, Roberts D et al. Survival outcomes of patients with mycosis fungoides involving the external ear and ear canal. *Laryngoscope.* 2023 Jun;133(6):1486-1491.

CORRESPONDENTIEADRES

Tanly Su

E-mail: t.su@umcg.nl