

# Een ongewone huidreactie na een extractie

Een 72-jarige vrouw werd door haar tandarts verwezen naar de kaakchirurg in verband met een unilaterale huidreactie ter plaatse van neus, wang en bovenlip rechts, die was opgetreden na extractie van gebitselement 16. De patiënte was bekend met chronische lymfatische leukemie. Er bleek sprake van herpes zoster van de tweede tak van de nervus trigeminus. De behandeling bestond uit ziekenhuisopname met intraveneuze, antivirale medicatie en pijnstilling. Herpes zoster van het gelaat is een ernstige infectie en behoeft vroegtijdige therapie. Het optreden van postherpetische neuralgie is een ernstige en mogelijk invaliderende complicatie.

Gemert JTM van, Koole R. Een ongewone huidreactie na een extractie  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 98-103

## Gegeven

Een 72-jarige vrouw werd door haar tandarts verwezen naar een afdeling voor mondziekten en kaakchirurgie in verband met een sinds 2 dagen bestaande, progressieve huidreactie ter plaatse van de neus en in mindere mate van de wang en de bovenlip aan de rechterzijde. Ook vertoonde de mucosa van het palatum en het vestibulum aan de rechterzijde een ontstoken aspect. Twee dagen voor het begin van deze reactie was het parodontaal gecompromitteerde gebitselement 16 geëxtraheerd in verband met pijnklachten. De pijnklachten verergerden echter en werden vergezeld door algehele malaise. Kort daarna ontstond de genoemde huidreactie. Vooral de progressieve, ernstige pijn die infraorbitaal aan de rechterzijde werd gevoeld, hinderde de patiënte. Tot het moment van verwijzen gebruikte de patiënte geen pijnmedicatie.

## Anamnese, onderzoek, diagnose en therapie

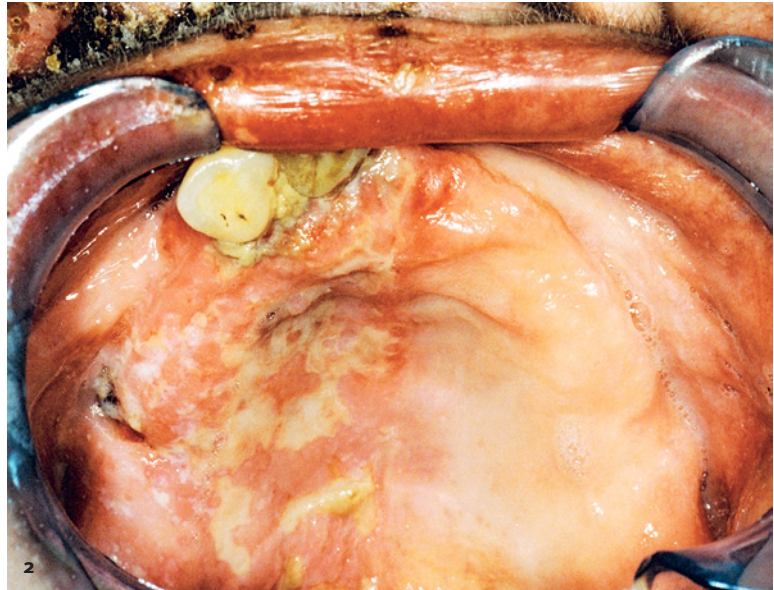
De patiënte omschreef de pijn als heftig en stekend. De pijn trad in aanvallen op. De pijnaanvallen namen vanaf het begin toe in frequentie en duur. De huidreactie was begonnen met kleine vesikels, maar toonde nu ook deels een crusteus aspect. Er was sprake van algehele malaise, maar zonder koorts. Eten was niet goed mogelijk door de pijnlijk geïrriteerde mucosa.

Sinds 1996 is de patiënte bekend met chronische lymfatische leukemie, waarvoor zij onder controle staat bij een internist en af en toe wordt behandeld met een kuur chloorambucil in wisselende dosering. Deze diagnose werd destijds per toeval gesteld bij een preoperatieve screening voor een heupvervangingsoperatie. Ten tijde van de verwijzing gebruikte de patiënte 1 keer daags 2 mg chloorambucil. Er bestaat een allergie voor amoxicilline, nikkel en bepaalde kunststoffen die worden verwerkt in kleding. De

patiënte rookte 10 sigaretten per dag en gebruikte 2 eenheden alcohol per dag.

Bij extraoraal onderzoek bestond een ongestoorde sensibiliteit in het verzorgingsgebied van de nervus infraorbitalis rechts. De functie van de nervus facialis was aan beide zijden symmetrisch intact. De infraorbitale regio rechts, de zijkant van de neus, de neuspunt, de wang en de bovenlip vertoonden een erythemateus, licht gezwollen aspect met een mengbeeld van enkele millimeters grote blaasjes, ingedroogd secreet en crustae. Bij intraoraal onderzoek werd een matig verzorgde, parodontaal verzwakte restdentitie gezien met een partiële plaatprothese in de bovenkaak *in situ*. Er was sprake van een rustige extractiewond ter plaatse van gebitselement 16. De rechter palatumhelft, evenals de top van de processus en het vestibulum rechts, vertoonden een ontsteking van de mucosa met talrijke miliaire en lenticulaire vesikels. Opvallend was de scherpe begrenzing in de mediaanlijn.

Vanwege het vermoeden op een herpes zoster van de tweede tak van de nervus trigeminus werd gestart met valaciclovir (Zelitrex®) 1.000 mg oraal, 3 keer daags. Tegen de pijn werden paracetamol met codeïne en xylocainegel voor lokale, intraorale applicatie voorgeschreven. Geadviseerd werd om contact met kleine kinderen en zwangere vrouwen te vermijden in verband met overdraagbaarheid van het virus. Een poliklinische controleafspraak werd gemaakt. Al na 2 dagen nam de patiënte contact op met de polikliniek in verband met uitbreiding van de huidreactie met irritatie en roodheid van het rechteroog. De heftige aangezichtspijn was verminderd, wel was er nu sprake van dysesthesie van de aangedane huid en mucosa. Bij klinisch onderzoek werd aan beide zijden een periorbitaal erytheem en conjunctivale roodheid van het rechteroog gezien. De huidlaesies waren overwegend crusteus



**Afb.2.** Het intraorale beeld bij opname. Opvallend is de scherpe demarcatie in de mediaanlijn.

**Afb.1.** Het extraorale beeld bij klinische opname, 6 dagen na extractie van gebitselement 16. Er is uitbreiding van de huidreactie naar het rechteroog met conjunctivale roodheid. De huidlaesies hebben een crusteus karakter.

(afb. 1); de visus was ongestoord. De orale mucosa vertoonde uitbreiding van het ontstekingsbeeld met een gelig beslag (afb. 2). Besloten werd tot klinische opname, in eerste instantie geïsoleerd (barrièreverpleging) in verband met mogelijke overdraagbaarheid. In overleg met de dermatoloog werd valaciclovir omgezet in aciclovir intraveneus per infuus (10 mg/kg, 3 keer daags). Er werd een wonduitstrijk gemaakt van de extra- en intraorale laesies. De geconsulteerde oogarts vond geen aanwijzingen voor herpes van het oog, maar adviseerde preventief aciclovir oogzalf, 3 keer daags. Hierop trad verbetering op. Met behulp van de zogenaamde 'polymerase chain reaction' (PCR)-techniek kon de aanwezigheid van het varicellazostervirus worden aangetoond. De 6e dag van de opname ontwikkelde patiënte een flebitis van de rechterarm met koorts als gevolg van de infuusinsteekplaats. Hierop werd het infuus verwijderd. De antivirale medicatie werd omgezet in valaciclovir 1.000 mg oraal, 3 keer daags. Op de 8e dag werd de patiënte uit het ziekenhuis ontslagen.

## Beschouwing

### Definitie

Herpes zoster of gordelroos is een dermatomaal gerangschikte huidafwijking die wordt veroorzaakt door het varicellazostervirus, hetzelfde virus dat waterpokken veroorzaakt. Herpes zoster wordt beschouwd als een endogene reïnfectie (na varicella) vanuit het homolaterale sensibele spinale of craniële ganglion dat correspondeert met het aangedane dermatoom. Het varicellazostervirus is in latente vorm in deze ganglia aanwezig (Starink, 1998). In die zin

zou gesproken kunnen worden van een lokaal recidief. Meestal betreft het een thoracale of lumbale wortel, met uitingen ter plaatse van romp, hals, schouder of arm dan wel een aangezichtstak (nervus trigeminus of facialis). Over het algemeen blijft herpes zoster bij een gastheer met een normaal immuunsysteem beperkt tot één dermatoom.

### Oorzaak, incidentie en beloop

De oorzaak van de reactivatie lijkt gerelateerd aan een verminderde cellulaire (en/of humorale) immuniteit en hogere leeftijd (Kost en Straus, 1996). De gemiddelde jaarlijkse incidentie in Nederland bedraagt ongeveer 330 per 100.000. De incidentie is hoger voor vrouwen en neemt toe met de leeftijd. Gordelroos veroorzaakt een pijnlijke, blarenvormende huiduitslag. Prodromen die voor het optreden van de eruptie kunnen optreden bestaan uit koorts, algemene malaise, spierpijn en pijn in het betrokken dermatoom (radiculaire pijn). Soms wordt een verdoofd gevoel in of onder de huid aangegeven. Na 1 tot 4 dagen vormt zich een unilateraal en segmentaal gelokaliseerd erytheem met gegroepeerde vesikels (blaasjes), die mogelijk een stekende of brandende pijn veroorzaken. Vanaf dag 3 tot 4 worden de vesikels pustuleus en soms hemorragisch. Door indroging ontstaat centraal een delle, waarna zich tussen dag 7 en 10 crustae vormen. Deze crustae vallen uiteindelijk af, waarbij de laesies nogal eens genezen met littekenvorming, dit in tegenstelling tot bij een herpes-simplex-virusinfectie (Sillevis Smitt et al, 1998). Bij ouderen neemt het genezingsproces vaak 3 tot 4 weken in beslag (Starink, 1998). Meestal zijn er geen recidieven.

### Diagnostiek

De diagnose wordt gesteld op basis van het typerende klinische beeld (Starink, 1998). De eenzijdige lokalisatie in combinatie met de herpetiforme (gegroepeerde) rangschikking van blaasjes in verschillende ontwikkelingsstadia wijst met zekerheid op het bestaan van gordelroos. Aanvullende laboratoriumtesten ter bevestiging van de klinische diagnose of voor het vaststellen van de immuunstatus bestaan uit:

- › Eenviruskweek.
- › DeTzanck-test. Dit is een uitstrijkje van de blaarbodem, waarop een bepaalde kleuring wordt toegepast. Hiermee is alleen de virale oorzaak van een herpesachtige aandoening te bevestigen of uit te sluiten. Deze test is alleen waardevol in ervaren handen en indien er haast is bij het stellen van de diagnose.
- › Hetbloedbeeld.
- › Deserumbepaling op specifieke antilichamen.
- › Depolymerasekettingreactie, vaak afgekort tot PCR ('polymerase chain reaction'). Met behulp van deze test kunnen uit zeer kleine hoeveelheden DNA (enkele moleculen) specifiek een of meer gedeelten worden vermenigvuldigd (amplificeren) tot er genoeg van is om het te analyseren.

### Overdraagbaarheid

Gordelroos is niet overdraagbaar, maar het varicellazoster-virus kan waterpokken veroorzaken bij iemand die dat nog niet heeft gehad. Het virus is aanwezig in de blaasjes en overdracht vindt plaats door direct contact met de inhoud van de blaasjes of door inhalatie van geïnfecteerd respiratoir scheidingsproduct. Patiënten worden als besmettelijk beschouwd van 2 dagen voor het begin van de huiduitslag tot het moment dat alle laesies crusteus zijn geworden. In dit opzicht wordt geadviseerd contact te vermijden met kleine kinderen en zwangere vrouwen, die nog geen waterpokken hebben gehad. Zwangeren die nog niet eerder besmet zijn met het varicellazoster-virus zijn kwetsbaarder en kunnen ernstige complicaties (bijvoorbeeld longontsteking) krijgen (Straus et al, 1988). Besmetting van een zwangere vóór week 20 kan bij besmetting van de foetus leiden tot het congenitaal varicellasyndroom, met mogelijk ernstige afwijkingen aan ledematen, ogen, huid en zenuwstelsel van het ongeboren kind (Straus et al, 1988). Besmetting van een zwangere van 5 dagen voor de bevalling tot 2 dagen erna kan leiden tot neonatale varicella, dat onbehandeld ernstige gevolgen kan hebben in verband met immaturiteit van het immuunsysteem (Straus et al, 1988).

### Complicaties

De meest voorkomende en gevreesde complicatie is het optreden van postherpetische neuralgie (Watson et al, 1988; Watson, 1995). Een veelgebruikte definitie hiervan is: aanhoudende neuropathische pijn optredend 1 maand of langer ná het begin van de huiduitslag (Watson et al,

1988; Watson, 1995). Een meer recente classificatie van pijn bij gordelroos is:

- › acuteherpetische neuralgie; pijn gedurende de eerste 30 dagen vanaf het begin van de huiduitslag;
- › subacuteherpetische neuralgie; pijn na het genezen van de huiduitslag, die binnen 4 maanden vanaf het begin van de huiduitslag verdwijnt;
- › postherpetischeneuralgie; pijn, langer bestaand dan 4 maanden na het begin van de huiduitslag (Dworkin en Portenoy, 1996).

De pijn bij postherpetische neuralgie heeft niet alleen een ander karakter dan bij de primaire gordelroos, maar ook een andere pathofysiologie (Bowsher, 1995). De plaats van de pijn kan zich uitstrekken tot buiten het aangedane dermatoom. Het karakter van de pijn wordt gewoonlijk als zeurend, brandend ervaren met een verhoogde gevoeligheid bij aanraken (paresthesie), overmatige respons op prikkels (hyperesthesie), of elektrische schokachtige pijn. Tevens ervaren veel patiënten zogenaamde allodynie, pijn veroorzaakt door normaal niet-pijnlijke stimuli, zoals lichte aanrakingen (Bowsher, 1995). Het vóórkomen van postherpetische neuralgie onder de leeftijd van 40 jaar is zeldzaam en neemt toe met de leeftijd tot 75% boven de leeftijd van 70 jaar (Nurmikko, 1995). Het aantal patiënten met postherpetische neuralgie na 1 jaar benadert de 50% bij patiënten ouder dan 70 jaar (Dworkin en Portenoy, 1996). Andere, meer zeldzame, complicaties zijn bacteriële superinfectie van de huid en oogafwijkingen.

Bij het begin van de vesiculaire eruptie bij een herpes zoster ophthalmicus (gordelroos in het verzorgingsgebied van de eerste tak van de nervus trigeminus) kunnen hyperemische conjunctivitis, episcleritis en ptosis van het onderooglid optreden. Een groot deel van de patiënten krijgt ook hoornvliesbeschadigingen (keratitis) en iritis. Snelle diagnostiek is noodzakelijk om progressieve hoornvliesbeschadiging met potentieel gezichtsverlies te voorkomen (Pavan-Langston, 1995).

Neurologische afwijkingen kunnen voorkomen. Een bijzondere vorm is het syndroom van Ramsay Hunt. Dit omvat een herpes-zoster-oticus-infectie, uitgaande van het ganglion geniculi, met uitval van de nervus facialis (paresse van de aangezichtsspieren), de nervus vestibulocochlearis (gehoorverlies en duizeligheid) en soms van de nervus glossopharyngeus en vagus (herpetiforme huiduitslag in de uitwendige gehoorgang, achter de oorschelp en op het gehemelte) (Wolters en Groenewegen, 2001). Vaak is er slechts sprake van een incompleet herstel.

Andere, zeer zeldzame neurologische complicaties zijn: aseptische meningitis, perifere motorische neuropathie als gevolg van uitbreiding van het virus in het ganglion van een dorsale wortel naar de nabijgelegen anterieure wortel, myelitis, encefalitis en het zogenaamde 'stroke syndrome'.

### Behandeling

Gewoonlijk geneest gordelroos spontaan en behoeft geen



therapie anders dan symptomatische pijnbestrijding en een indrogende therapie voor de blaasjes. Tot de preventieve maatregelen behoren het schoonhouden van de huid met het voorzichtig drogen van de laesies en het kort knippen van de nagels. Het knippen van de nagels wordt gedaan om huidtrauma te voorkomen en ter preventie van het optreden van een bacteriële superinfectie. Bij uitgebreidheid van de laesies kan het nodig zijn om patiënten te isoleren, voornamelijk om contact met zwangere vrouwen te vermijden. In 3 gevallen wordt een antiviraal middel toegepast: bij gordelroos van het gelaat, bij de immuungecompromitteerde patiënt en bij vroege gordelroos bij de oudere patiënt. De antivirale therapie wordt in tabletvorm en in sommige (ernstige) gevallen intraveneus toegediend.

Aciclovir (Zovirax®) is een antiviraal middel dat wordt voorgeschreven om het beloop van het ziekteproces te verkorten, acute pijn te reduceren en mogelijk de duur van een eventuele postherpetische neuralgie te reduceren. De dosering voor de volwassen patiënt is 800 mg, 5 x daags per os gedurende 7 tot 10 dagen, te beginnen binnen 72 uur na het optreden van de huidverschijnselen. Andere gebruikte antivirale middelen bij herpes zoster zijn famciclovir (Famvir®) en valaciclovir (Zelitrex®) (College voor zorgverzekeringen, 2004). Aangevoerd is dat deze middelen pijnreductie kunnen bewerkstelligen tijdens de acute fase van een herpes zoster. Of het gebruik van antivirale middelen de prevalentie van postherpetische neuralgie doet afnemen is controversieel.

Corticosteroiden kunnen worden toegepast bij de acute fase van gordelroos. De anti-inflammatoire werking, evenals het onderdrukken van de verschillende, vaak met jeuk gepaard gaande, huidaanomeningen kan van voordeel zijn juist voor de oudere patiënt. Sommige onderzoeken hebben aangevoerd dat de behandeling met corticosteroiden, bijvoorbeeld prednison of triamcinolon, voor een periode van 3 weken, de duur en de intensiteit van de acute pijn bij gordelroos verminderen. De eerste week wordt begonnen met 60 mg per dag, de daaropvolgende weken wordt de dosering steeds gehalveerd. Behandeling met corticosteroiden vermindert niet de prevalentie van postherpetische neuralgie. De uitgebreide, negatieve, bijwerkingen van corticosteroiden dienen in ogenschouw te worden genomen alvorens tot toepassing hiervan over te gaan.

Behandeling van acute herpetische neuralgie omvat antivirale middelen, corticosteroiden, analgetica en tricyclische antidepressiva. Gordelroos met gemiddelde tot ernstige pijn die onvoldoende reageert op analgetica is een indicatie om te starten met een tricyclisch antidepressivum. Zwak werkende analgetica, zoals paracetamol of NSAID's, zijn van beperkte waarde: opioïden hebben wel vaak effect, maar kennen ook bijwerkingen. Amitriptyline (Tryptizol®) is het tricyclisch antidepressivum van de eerste keus. Het werkingsmechanisme van de tricyclische antidepressiva is tweeledig: ze remmen de heropname van

norepinefrine en serotonine in het centrale zenuwstelsel en worden verondersteld te zorgen voor een toename van de inhibitie van nociceptieve signalen vanuit het perifere zenuwstelsel. Het laatste werkingsmechanisme is van belang bij de behandeling van herpetische pijn. Amitriptyline is in een dosisbereik van 25 tot 125 mg dosisafhankelijk werkzaam gebleken. De toepassing dient individueel en in langzaam oplopende dosering te worden ingesteld tot een maximaal effect bij een zo laag mogelijke dosering is vastgesteld (College voor zorgverzekeringen, 2004). Begonnen kan bijvoorbeeld worden met 10 mg vóór de nacht, teneinde de ernst van de bijwerkingen te minimaliseren. Hierdoor kan het enige weken duren totdat de gewenste pijnreductie optreedt. Door het tricyclisch antidepressivum te combineren met een opioïde analgeticum kan vaak voldoende pijnreductie worden verkregen, ook in de eerste weken. Vaak is hierbij geen al te hoge dosering van het tricyclisch antidepressivum nodig. Gezien het frequente optreden van bijwerkingen kan het gebruik van tricyclische antidepressiva bij de oudere patiënt met cardiovasculaire aandoeningen gecontra-indiceerd zijn.

De rol voor het toedienen van zenuwblokkades met een lokaal anestheticum bij acute herpetische neuralgie is beperkt. Behalve tijdelijke pijnverlichting zou een tijdelijke zenuwblokkade mogelijk een preventieve rol spelen bij het voorkomen van postherpetische neuralgie. Gecontroleerde onderzoeken hieromtrent ontbreken helaas nog. Patiënten bij wie behandeling van de acute herpetische neuralgie niet tot voldoende pijnreductie leidt, dienen te worden verwezen naar een arts die is gespecialiseerd in pijnbestrijding.

Voor subacute en postherpetische neuralgie bestaat een scala aan behandelmodaliteiten. Lokale lidocaïneapplicatie, lokale capsaiïneapplicatie, (opioïde) analgetica, lokale anesthetica, antidepressiva, anti-epileptica, niet-medicamenteuze therapieën zoals transcutane elektrische neurostimulatie, cryotherapie en chirurgie, allen met wisselende resultaten. Capsaiïne is één van de belangrijkste inhoudsstoffen van de Spaanse peper en kan in een dosering van 0,075% in Lanette FNA een aantal malen per dag op de pijnlijke aangedane huid worden aangebracht. Het geeft warmte en roodheid van de huid, hetgeen de pijnklachten kan doen afnemen. Gabapentine (Neurontin®) is het anti-epilepticum van de eerste keus en een alternatief voor patiënten bij wie een tricyclisch antidepressivum is gecontra-indiceerd of die teveel hinder ondervinden van bijwerkingen. Het werkingsmechanisme berust op een versterking van de remmende neurotransmitter gamma-aminoboterzuur (GABA). Het is effectief en veilig met relatief weinig bijwerkingen. Gabapentine wordt in 3 dagen opgebouwd tot een begin dosering van 900 tot 1.200 mg per dag en zonodig in langzaam opbouwende dosering toegediend tot een maximum van 3.600 mg per dag (College voor zorgverzekeringen, 2004). Transcutane elektrische neurostimulatie werkt met kleine elektrodes



**Afb.3.** Het extraorale beeld 2 weken na opname. Er is nog enige korstvorming ter plaatse van de laterale neusvleugel. De korstvorming verdween later zonder littekenvorming.

die de patiënt zelf op de aangedane huid kan aanbrengen en waarbij via een op het lichaam gedragen apparaat elektrische impulsen worden overgebracht op de perifere zenuwuiteinden. Cryotherapie omvat het bevriezen van perifere zenuwuiteinden.

### Discussie

In deze casus was de pijnklacht in de rechterbovenkaak waarschijnlijk een prodroom van herpes zoster. Voor het ontstaan van de huidreactie werd het parodontaal verzwakte gebitselement 16 als oorzaak van de klachten gezien en geëxtraheerd. Achteraf bezien was het beter geweest om na het stellen van de werkdiagnose herpes zoster een andere primaire behandeling in te stellen, omdat het een oudere, immuungecompromitteerde patiënte betrof. Directe ziekenhuisopname met laboratoriumbepalingen (kweek en algemeen bloedbeeld) ter bevestiging van de diagnose en intraveneuze toediening van een antiviraal middel aangevuld met corticosteroiden en analgetica hadden de voorkeur gehad. Tevens had het ziektebeloop vanaf het moment van presentatie beter geobserveerd kunnen worden tijdens een klinische opname. Het gebruik van een tricyclisch antidepressivum werd aan patiënte voorgesteld. Patiënte zag daarvan af in verband met de mogelijke bij-



**Afb.4.** Het intraorale beeld 2 weken na klinische opname. De orale mucosa is genezen.

werkingen. Na ongeveer 3 weken waren de huidlaesies grotendeels genezen en toonde de intraorale mucosa een rustig aspect (afb. 3 en 4). Patiënte ondervond 1 jaar na dato nog intermitterende, stekende pijnklachten (postherpetische neuralgie) in het aangedane gebied, maar de klachten waren draaglijk.

Bij de immuungecompromitteerde of oudere patiënt met pijn in het aangezicht moet men bedacht zijn op de mogelijkheid van het ontstaan van een herpes zoster. Herpes zoster van het gelaat behoort tot de ernstige infecties en behoeft vroegtijdige, adequate therapie. Bij een ongevoerd ziektebeloop of uitbreiding buiten het verzorgingsgebied van de aangedane tak van de nervus trigeminus moet altijd aan een immuundeficiëntie gedacht worden. Er is in de acute fase van gordelroos, met veel klachten, geen reden om terughoudend te zijn met corticosteroiden als er geen contra-indicaties zijn. Antivirale middelen en corticosteroiden voorkomen het optreden van een postherpetische neuralgie niet, maar de toepassing (van een combinatie) ervan verkort het ziektebeloop en verbetert de kwaliteit van leven in termen van ononderbroken slaap en terugkeer van de dagelijkse activiteiten.

### Literatuur

- › *Bowsher D.* Pathophysiology of postherpetic neuralgia: towards a rational treatment. *Neurology* 1995; 45: S56-S57.
- › *College voor zorgverzekeringen.* Farmacotherapeutisch Kompas. Utrecht: Roto Smeets, 2004.
- › *Dworkin RH, Portenoy RK.* Pain and its persistence in herpes zoster. *Pain* 1996; 67: 241-251.
- › *Kost RG, Straus SE.* Postherpetic neuralgia – pathogenesis, treatment and prevention. *N Engl J Med* 1996; 335: 32-42
- › *Nurmikko T.* Clinical features and pathophysiologic mechanisms of postherpetic neuralgia. *Neurology* 1995; 45: S54-S55.
- › *Pavan-Langston D.* Herpes zoster ophthalmicus. *Neurology* 1995; 45: S50-S51.
- › *Sillevis-Smit JH, Everdingen JJ van, Haan M de.* Dermato-venereologie voor de eerste lijn. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

- > *StarinkThM*. Dermato-venereologie voor de eerste lijn in beeld. Zeist: GlaxoWellcome, 1998.
- > *StrausSE, Ostrove JM, Inschauspé G et al*. Varicella-zoster virus infections: biology, natural history, treatment, and prevention. *Ann Intern Med* 1988; 108: 221-237.
- > *WatsonCP, Evans RJ, Watt VR, Birkett N*. Post-herpetic neuralgia: 208 cases. *Pain* 1988; 35: 289-297.
- > *WatsonCP*. The treatment of postherpetic neuralgia. *Neurology* 1995; 45: S58-S60.
- > *WoltersECh, Groenewegen HJ*. Neurologie: structuur, functie en dysfunctie van het zenuwstelsel. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

## Summary

### An unusual skin disorder after tooth extraction

A 72-year-old woman was referred to a department of oral and maxillofacial surgery because of a unilateral skin eruption of the face after extraction of the right first upper molar, a few days earlier. She had been diagnosed with chronic lymphocytic leukaemia some years before. It appeared to be herpes zoster or 'shingles' from the second branch of the trigeminal nerve. Treatment included hospital admission with intravenous antiviral therapy and analgetics. Herpes zoster of the face is a severe infection and requires early treatment. Post herpetic neuralgia is a serious complication of herpes zoster and may adversely affect the quality of life.

## Bron

J.T.M. van Gemert, R. Koole

Uit de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht

Datum van acceptatie: 10 augustus 2006

Adres: J.T.M. van Gemert, UMC Utrecht, postbus 85060, 3508 AB Utrecht

J.T.M.vanGemert@umcutrecht.nl