

Een patiënt met hypesthesie in de mandibula

Bij een patiënt met hypesthesie in de mandibula werd geen tandheelkundige oorzaak van deze klacht gevonden. Bij nadere analyse door een neuroloog en een internist bleek er sprake te zijn van een gevoellozekinsyndroom. Dit was het gevolg van een meningeaal hooggradig B-cellymfoom, stadium IV. Na intensieve chemotherapie en radiotherapie van de schedel verdwenen de klachten.

Berrevoets RAP, Lambregts PCLA, Aarts NJM, Vlasveld LTh. Een patiënt met hypesthesie in de mandibula

Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 369-370

doi: 10.5177/ntvt.2011.07/08.11112

Gegeven

Een 56-jarige man meldde zich op een afdeling Tandheelkunde van een perifere ziekenhuis wegens pijn en hypesthesie van de dentitie in de mandibula aan beide zijden van de kin. Deze klachten bestonden sinds korte tijd. Aangezien de klachten waren ontstaan na een vliegreis vanuit Japan, vermoedde de patiënt een relatie met de airconditioning waarvan hij hinder had ondervonden.

Anamnese

Bij de anamnese bleek dat hij geen pijn had die werd veroorzaakt door een gebitselement en dat er geen sprake was van bruxisme. Uit intraoraal onderzoek bleek dat de patiënt een goed verzorgde dentitie had met een nagenoeg perfecte mondhygiëne. De gebitselementen in de kinregio waren gaaf en niet pijnlijk bij percussie en er waren geen parodontale pockets. De mucosa was normaal. Aanvullend conventioneel radiologisch onderzoek bracht geen afwij-

kingen aan het licht. Er kon dus geen oorzaak van de klachten worden vastgesteld.

De klacht was beiderzijds gelokaliseerd in het verzorgingsgebied van de derde tak van de nervus trigeminus en de hypesthesie in de dentitie en de kin paste klinisch bij het zogeheten gevoellozekinsyndroom. Daarom werd de patiënt verwezen naar een neuroloog.

De dag na de verwijzing kreeg hij klachten van dubbelzien, vooral als hij naar beneden keek. Neurologisch onderzoek toonde beiderzijds verminderde sensibiliteit in de derde tak van de nervus trigeminus aan en links parese van de nervus abducens. De patiënt was in korte tijd 12 kilo afgevallen en klaagde over nachtzweeten. Wegens sterke verdenking op een maligniteit met leptomeningeale betrokkenheid werd de patiënt direct doorverwezen naar een internist-oncoloog.

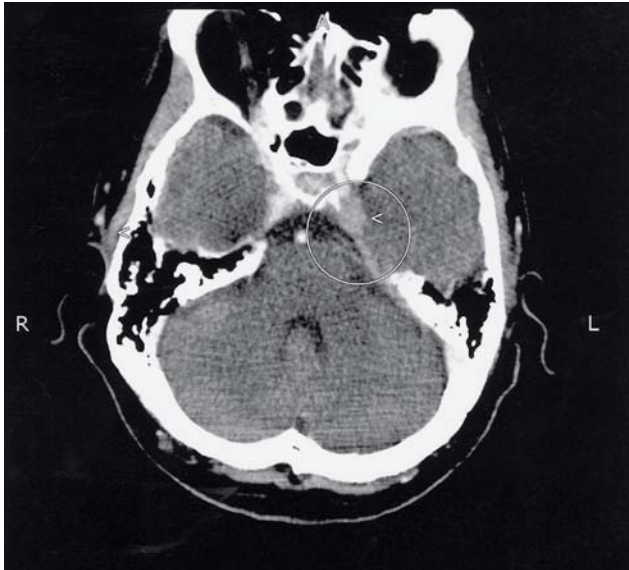
Diagnose en behandeling

De internist-oncoloog constateerde een massa in de buik. Aanvullend computertomografisch onderzoek maakte een uitgebreide lymfadenopathie abdominaal zichtbaar en een pathologische leptomeningeale aankleuring, vooral ter hoogte van de sinus cavernosis. Histopathologisch onderzoek toonde een hooggradig B-cellymfoom aan – volgens de huidige WHO-classificatie – met kenmerken die het midden hielden tussen die van een diffuus grootcellig B-cellymfoom en die van een Burkittlymfoom, stadium IVB.

De patiënt kreeg in een universiteitskliniek intensieve systemische en intrathecale chemotherapie, gevolgd door radiotherapie van de schedel. Tijdens deze behandelingen namen de klachten snel af. Het maligne lymfoom ging compleet in remissie.



Afb. 1. Op de panoramische röntgenopname zijn geen afwijkingen zichtbaar.



Afb. 2. Een computertomografische coupe van de schedelbasis maakt pathologische aankleuring zichtbaar van de sinus cavernosis links, passend bij meningitis lymphomatosa.

Beschouwing

Het gevoellozingsyndroom wordt veroorzaakt door functieverlies van de derde tak van de nervus trigeminus, de nervus alveolaris inferior of de nervus mentalis. Dit uit zich in hypesthesie van de kin, de onderlip en de dentitie en de laterale gingiva in de mandibula. Het gevoellozingsyndroom kan zowel unilateraal als bilateraal voorkomen (Laurencet et al, 2000; Evans et al, 2008; Divya et al, 2010; Sasaki et al, 2011).

Er is een scala aan goedaardige, meestal orale oorzaken van dit syndroom. Wanneer een orale oorzaak is uitgesloten, dient verder onderzoek te worden gedaan naar een eventuele (maligne) oorzaak in het verloop van de nervus trigeminus. Hoewel het gevoellozingsyndroom vaak het gevolg is van een reeds bekende maligne aandoening, kan het ook een symptoom zijn van een nieuwe ziekte. De meestvoorkomende niet primair orale oorzaak van het gevoellozingsyndroom is een metastase in de mandibula. Vaak betreft het een metastase van een carcinoom, bijvoorbeeld een mamma- of longcarcinoom, maar soms is het een uiting van een hematologische maligniteit, zoals een ossaal gelokaliseerd lymfoom of multipel myeloom. In geval van een metastase in de mandibula doen zich vaak bijkomende lokale klachten voor, zoals pijn of zwelling. Een ossale metastase in de schedelbasis kan leiden tot proximale uitval van de nervus trigeminus en zo het gevoellozingsyndroom veroorzaken. In dat geval is er meestal ook uitval van andere hersenzenuwen, zoals de nervus abducens en de nervus facialis.

Het gevoellozingsyndroom als uiting van een maligne meningitis is relatief zeldzaam en komt vooral voor bij hematologische maligniteiten zoals agressieve lymfomen en acute leukemie (Sasaki et al, 2011). Meestal is er bijkomende progressieve uitval van andere hersenzenuwen. Een enkele maal treedt het gevoellozingsyndroom op als gevolg van een perineurale of neurale invasie van maligne

Casuïstiek

cellen bij de nervus trigeminus, of ontstaat het in het kader van een paraneoplastisch syndroom.

De diagnostiek vindt plaats door middel van radiologisch onderzoek van de mandibula, vaak aangevuld met een computertomografische scan of een 'magnetic resonance imaging' (MRI)-scan van de schedel en de hersenen, en cytologisch onderzoek van de liquor cerebrospinalis. Voor de hersenen is MRI de meest geschikte beeldvormingstechniek. De behandeling en de prognose van het gevoellozingsyndroom zijn sterk afhankelijk van de onderliggende ziekte (Laurencet et al, 2000; Evans et al, 2008).

Discussie

Bij deze patiënt was het gevoellozingsyndroom het eerste symptoom van een uitgebreid hooggradig B-cellymfoom met een meningitis lymphomatosa. Vanwege de uitgevoerde chemo- en radiotherapie zullen toekomstige mondzorgbehandelingen worden uitgevoerd volgens het protocol dat geldt voor patiënten die radiotherapie in het hoofd-halsgebied hebben ondergaan.

Leermoment

Bij klachten van een gevoelloze kin, waarbij een orale oorzaak is uitgesloten, dient een patiënt naar een neuroloog te worden verwezen voor nadere diagnostiek.

Literatuur

- * Divya KS, Moran NA, Atkin PA. Numb chin syndrome: a case series and discussion. *Br Dent J* 2010; 208: 157-160.
- * Evans RW, Kirby S, Purdy A. Numb chin syndrome. *Headache* 2008; 48: 1520-1524.
- * Laurencet FM, Anchisi S, Tullen E, Dietrich PY. Mental neuropathy: report of five cases and review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000; 34: 71-79.
- * Sasaki M, Yamazaki H, Aoki T, Ota Y, Sekiya R, Kaneko A. Bilateral numb chin syndrome leading to a diagnosis of Burkitt's cell acute lymphocytic leukemia: a case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 111: e11-e16.

Summary

A patient with hypoaesthesia of the mandible

In a patient with hypoaesthesia of the central region of the mandible, no oral cause could be found which could explain his complaint. Further examination by a neurologist and a specialist in internal medicine revealed the numb chin syndrome. The syndrome was caused by meningeal localisation of a high-grade B-cell lymphoma stage IV. After intensive chemotherapy and radiotherapy of the skull, the complaints disappeared.

Bron

R.A.P. Berrevoets¹, P.C.L.A. Lambregts², N.J.M. Aarts³, L.Th. Vlasveld⁴
 Uit ¹de afdeling Tandheelkunde, ²de afdeling Neurologie, ³de afdeling Interne Geneeskunde en ⁴de afdeling Radiologie van het Bronovo Ziekenhuis in Den Haag
 Datum van acceptatie: 24 februari 2011
 Adres: R.A.P. Berrevoets, Bronovo Ziekenhuis, Bronnovolaan 5, 2597 AX Den Haag
 rberrevoets@bronovo.nl