

Een spontaan dove lip met reeds bestaande pigmentafwijkingen van de onderlip

Samenvatting. Een 48-jarige man werd doorverwezen met pigmentafwijkingen van de onderlip, een intraorale zwelling en aanhoudende hypo-esthesie van het verzorgingsgebied van de linker nervus mentalis. In 2011 werd elders op biopt de diagnose lentigo maligna van de onderlip bij histopathologisch onderzoek gemist. In 2016 werd de hypo-esthesie van de onderlip en kinregio door de neuroloog gediagnosticeerd als numb chin e causa ignota (met onbekende oorzaak). In 2017 bleek het te gaan om lentigo maligna van de onderlip en een primair mucosaal melanoom met ruime lokale uitbreiding. De behandeling bestond uit een linkszijdige hemimandibulectomie en supraomohyoidale halsklierdissectie. Deze casus toont het belang van het alarmsymptoom 'een dove lip' en de noodzaak tot aanvullende diagnostiek. Er worden vermijdbare valkuilen getoond waar tandartsen, huisartsen en medisch specialisten waakzaam voor dienen te zijn.

Gareb B, Witjes MJH. Een spontaan dove lip met reeds bestaande pigmentafwijkingen van de onderlip
Ned Tijdschr Tandheelkd 2018; 125: 517-523
doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2018.10.18142>

Leermoment

Een spontaan dove lip en kin is een alarmsymptoom dat bij afwezige dentogene, traumatische of infectieuze oorzaak geassocieerd is met verschillende primaire en gemetastaseerde maligniteiten. Een grondige diagnostiek is bij dit alarmsymptoom noodzakelijk.

Casus

Een 48-jarige man werd in 2017 door een mka-chirurg van een perifeer ziekenhuis doorverwezen naar de gelijknamige afdeling in een tertiair medisch centrum in verband met verminderd gevoel van de onderlip links, pigmentafwijkingen van de onderlip beiderzijds en een intraorale zwelling ter plaatse van de regio van gebitselement 35. De patiënt had in 2011 een biopt en wigexcisie van de onderlip links ondergaan in verband met een melanocyttaire macula op het lippenrood van de onderlip. Histopathologisch onderzoek hiervan toonde geen aanwijzingen voor dysplasie of een maligniteit. De melanocyttaire macula recideerde echter binnen 3 maanden.

Anamnese

De hypo-esthesie van de onderlip en kin was spontaan ontstaan, al jaren aanwezig en in de afgelopen tijd niet toe- of afgenomen. Er was in rust geen pijn of paresthesie van de lippen. Bij het ontstaan was er geen sprake van trauma, infectie of een duidelijke dentogene oorzaak. In 2016 werd de patiënt voor de hypo-esthesie naar de afdeling Neurologie verwezen. Daar werd de diagnose numb chin met onbekende oorzaak (e.c.i) gesteld, zonder aanvullend beeldvormend onderzoek te hebben verricht of consultatie van een mka-chirurg te hebben verzocht.

De zwelling bestond 2 tot 3 maanden en was palpatiepijnlijk maar bloedde niet. De eetlust van de patiënt was goed en er was geen sprake van gewichtsafname of nachtzweeten. De voorgeschiedenis bestond uit hypertensie waarvoor amlodipine werd voorgeschreven. De patiënt rookte dagelijks 10-15 filtersigaretten en dronk geen alcohol. Er kwamen geen soortgelijke klachten of maligniteiten voor in de familie.

Diagnostiek

Bij lichamelijk onderzoek werd een niet acuut zieke, vitale



Afb. 1. a. Gepigmenteerde maculae in een gebied van 2 x 2 cm van de onderlip beiderzijds.

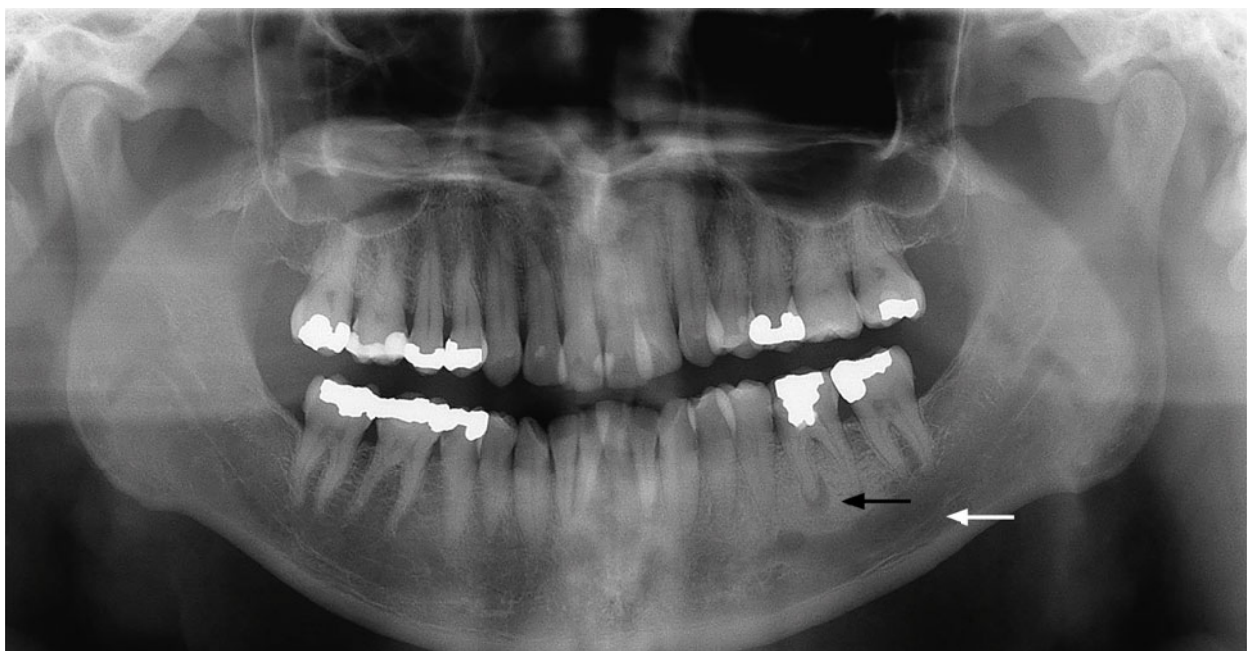
b. Intraorale donkerblauw/bruin doorschinerende, mobiele, vast-elastische submucosale zwelling van ongeveer 2 cm bij 1,5 cm ter plaatse van de gingivale omslagplooi in de regio van gebitselement 35.

man gezien met een Body Mass Index van 36,6 kg/m². Er werd een gebied van 2 x 2 cm met gepigmenteerde maculae van het lippenrood van de onderlip beiderzijds gezien (afb. 1a). De hypo-esthesie van de onderlip links werd getest en bevestigd door middel van een wattenpellet (oppervlakkige tastzin; gnostische sensibiliteit) en pincet (pijnzin; vitale sensibiliteit). Intraoraal werd een gesaneerde dentitie gezien met een donkerblauw/bruin doorschinerende, mobiele, vast-elastische submucosale zwelling van 2 x 1,5 cm ter plaatse van de gingivale omslagplooi in de regio van gebitselement 35 (afb. 1b). Deze zwelling lag los van het onderliggend bot. Daarnaast waren de gebitselementen 35 en 36 percussiepijnlijk.

Differentieel diagnostisch leek de laesie van de onderlip het meest te passen bij een recidief van melanocytair maculae. Andere mogelijke oorzaken waren lentigo maligna (melanoom *in situ*) of een rokers melanose (zie ook

intermezzo 1). Zeldzamere afwijkingen zijn een melanoacanthoma en systemische aandoeningen (bijvoorbeeld Peutz-Jeghers syndroom). Deze oorzaken geven echter vaak (enkele) kleine pigmentafwijkingen. Naast de laesie van de onderlip was er ook een submucosale zwelling die differentieel diagnostisch kan wijzen op een tumor van de kleine speekselklieren (bijvoorbeeld adenoid cysteus carcinoom), een lymfoom of een melanoom. Andere mogelijke oorzaken zijn (chronische) periapicaal granuloom/parodontitis apicalis, (chronische) sialoadenitis, een zenuwtumor (bijvoorbeeld Schwannoom) of een metastase maligniteit van elders. Numb chin e.c.i. zou een oorzaak voor de hypo-esthesie kunnen zijn (diagnose per exclusie), dit zou echter de submucosale zwelling en pigmentafwijking niet verklaren.

Er werd een panoramische röntgenopname gemaakt om eventuele dentogene oorzaken aan te tonen. Hierop



Afb. 2. Panoramische röntgenopname met een periapicale radiolucentie bij een niet-endodontisch behandeld gebitselement 36 gezien, meest passend bij een periapicaal granuloom (zwarte pijl), en tevens een verbrede linker canalis mandibularis (witte pijl).

werd een periapicale radiolucentie bij een niet-endodontisch behandeld gebitselement 36 gezien, wat het meest passend is bij een periapicaal granuloom (afb. 2). Tevens was een verbrede linker canalis mandibularis zichtbaar. Er werden geen ossale afwijkingen gezien die bijvoorbeeld kunnen duiden op een ruimte innemend proces of osteomyelitis die ook sensibiliteitsstoornissen kunnen geven. Een incisiebiopt van de afwijking van de onderlip links toonde lentigo maligna zonder invasieve component (afb. 3a-c). Bij herbeoordeling van de histologische preparaten uit 2011 bleek dat het beeld paste bij een irradicaal verwijderde lentigo maligna. Dit bleek destijds niet te zijn beschreven. Het biopt van de submucosale zwelling toonde een fors gepigmenteerd tumorproces met een tumordikte van ten minste 5,9 mm met plaatselijk necrose, meest passend bij een melanoom (afb. 3d). MRI's van de hersenen, de hals en de speekselklieren toonden dat het melanoom niet was uitgezaaid en was gelokaliseerd ter hoogte van de gingivale omslagplooi in regio van gebitselement 35 met perineurale groei langs de linker nervus alveolaris inferior, via de linker canalis mandibularis, tot aan het linker foramen mandibulare. Een 18F-fludeoxyglucose/positron emissie tomografie (FDG-PET; afb. 4) met computertomografie (CT-scan) toonden geen andere laesies die verdacht waren voor een

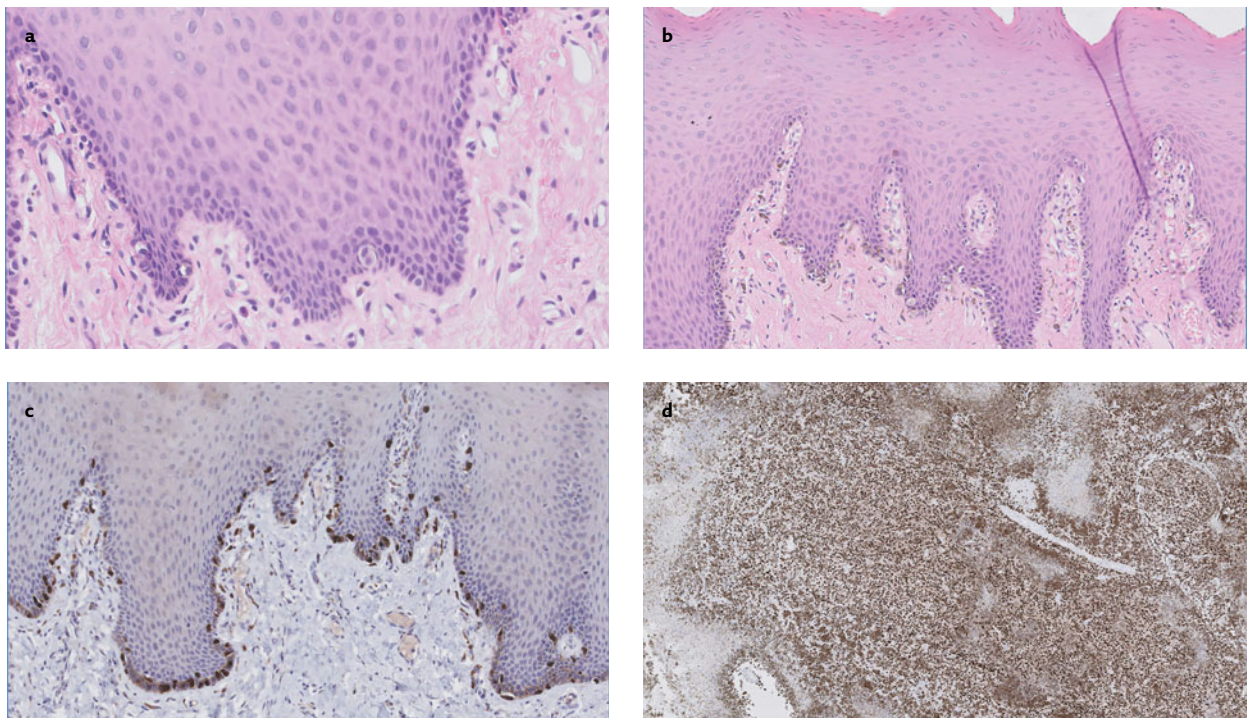
Dove lip noodzaak tot aanvullende diagnostiek

primaire maligniteit of lymfo- of hematogene metastasen (zie ook intermezzo 2).

Het bleek te gaan om een in 2011 gemiste lentigo maligna zonder invasieve component (*in situ*) van de onderlip met daarnaast een submucosaal primair mucosaal melanoom van de gingivale omslagplooi in de regio van gebitselement 35 met perineurale groei tot het linker foramen mandibulare. Het periapicaal granuloom van gebitselement 36 was een toevallsbevinding.

Behandeling

De behandeling bestond uit resectie van de lentigo maligna samen met het melanoom door middel van een excisie van de lipafwijking met 'en bloc' een linkszijdige hemimandibulectomie. Het resectievlak was proximaal van het foramen mandibulare. Tevens werd een linkszijdige supraomohyoidale halsklierdissectie (niveau I, II en III) verricht ter stadiering van de hals. Het kaakdefect werd gereconstrueerd door middel van een fibulatransplantaat van het rechter onderbeen waarbij een huideland van het been werd meegenomen om het wekedelendefect in de mond te sluiten. A priori werd door de Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren vastgesteld dat postoperatieve radiotherapie was geïndiceerd in verband met perineurale groei, het vergevorderde stadium



Afb. 3. a. Microscopisch beeld van gezond epitheelweefsel afkomstig van de onderlip na hematoxyline-eosinekleuring (HE-) kleuring; de melanocyten liggen intermitterend verspreid aan de basaalmembraan, niet in nestjes gelegen, en vertonen geen atypie of ascensie.

b. Microscopisch beeld van het biopt (2017) van de onderlip na HE-kleuring; de melanocyten zijn atypisch, bevatten hyperchrome en atypische kernen en hebben zich verspreid genesteld ter plaatse van de basaalmembraan. Er is geen ascensie of invasief component waarneembaar.

c. Microscopisch beeld van het biopt (2017) van de onderlip na MITF-immunokleuring; de melanocyten (bruin) zijn continu gelegen langs de basaalmembraan en daarnaast verspreid in kleine nestjes gelegen. Er is geen invasief component en geen ascensie.

d. Microscopisch beeld van het biopt van de intraorale, submucosale zwelling in de regio van gebitselement 35 na SOX10-immunokleuring; de melanocyten (bruin) liggen in afgeronde noduli die deels conflueren en opgebouwd zijn uit atypische cellen met vergrote rond tot rond-ovale kernen.

Intermezzo 1. Numb chin en melanomen in de mondholte

Numb chin

Een numb chin, ook wel een neuropathie van de nervus mentalis of 'een spontaan dove lip en kin', is een sensorische neuropathie die wordt gekarakteriseerd door (unilaterale) paresthesie, hypo-esthesie of anesthesie in het verzorgingsgebied van de nervus mentalis. Oorzaken van deze sensibiliteitsstoornis kunnen zowel benigne als maligne zijn. Benigne oorzaken bestaan vooral uit trauma of osteomyelitis. Maligne oorzaken zijn verschillende primaire maligniteiten, zoals een adenoid cysteus carcinoom, lymfoom of melanoom, of gemetastaseerde maligniteiten, zoals een kleincellig longcarcinoom, mammacarcinoom of prostaatacarcinoom (Ryba et al, 2010). De pathogenese berust vrijwel altijd op compressie of infiltratie van de nervus mentalis, alveolaris inferior of mandibularis (Ryba et al, 2010). Hypo-esthesie van de kin-regio, zeker unilateraal en zonder duidelijke dentogene, traumatische of infectieuze oorzaak, is in de literatuur geassocieerd met verschillende primaire en gemetastaseerde maligniteiten (Ryba et al, 2010; Aerden et al, 2017; Wu et al, 2017).

Melanomen

Melanomen zijn maligniteiten die uitgaan van melanocyten (Femiano et al, 2008). Een primair oraal mucosaal melanoom (POMM) is een zeldzame maar zeer agressieve maligniteit. In 0,2% tot 8% van alle melanomen is sprake van een POMM (Femiano et al, 2008; Rawal et al, 2017). Van alle mondholtemaligniteiten is ongeveer 0,5% een POMM (Femiano et al, 2008). De gingiva van de maxilla en de mucosa van het palatum durum zijn hierbij het vaakst aangedaan. De voorkeursleeftijd voor het ontwikkelen van een dergelijke maligniteit is 50-70 jaar. Er is geen sprake van geslachtsvoorkeur, maar het POMM komt vaker voor bij Afro-Amerikanen en Aziaten (Rawal et al, 2017). Risicofactoren voor een POMM zijn door de zeer lage incidentie moeilijk te bepalen. Dysplastische naevi blijken in 30-50% van de gevallen vooraf te gaan aan een POMM (Femiano et al, 2008). Blootstelling aan ultravioletlicht lijkt geen risicofactor te zijn voor POMM. De rol van roken en alcohol als risicofactoren zijn gesuggereerd maar zijn door de lage incidentie moeilijk te onderzoeken en blijft daarom tot op heden onduidelijk (Rawal et al, 2017).

Melanocyten

Melanocyten hebben dendritische uitlopers tussen de basale epitheelcellen die het pigment melanine produceren. Melanomen zijn door ongeremde melanineproductie vaak gepigmenteerd. In 2 tot 40% van de gemelde gevallen blijkt echter sprake te zijn van een amelanotisch (niet gepigmenteerd) melanoom. Hierdoor kan de klinische presentatie van een mucosaal melanoom variëren van een gepigmenteerde macula tot een roze nodulaire massa (Rawal et al, 2017). Submucosale laesies kunnen donkerblauw, bruin of paars zijn. Initieel is het POMM vaak asymptomatisch en bevindt zich vaak op locaties in de mondholte die moeilijk zichtbaar zijn voor de patiënt. Deze laesies kunnen spontaan bloeden, pijnlijk zijn en samengaan met losrakende gebitselementen. Alarmsymptomen zijn hypo-esthesie van het verzorgingsgebied van nabijgelegen zenuwen en het onbedoeld verliezen van gewicht (Rawal et al, 2017). Tandartsen zijn door de (half)jaarlijkse

controle bij uitstek geschikt de mondholte goed te inspecteren om zo een diagnostisch delay van dit soort maligniteiten te minimaliseren.

Lentigo maligna

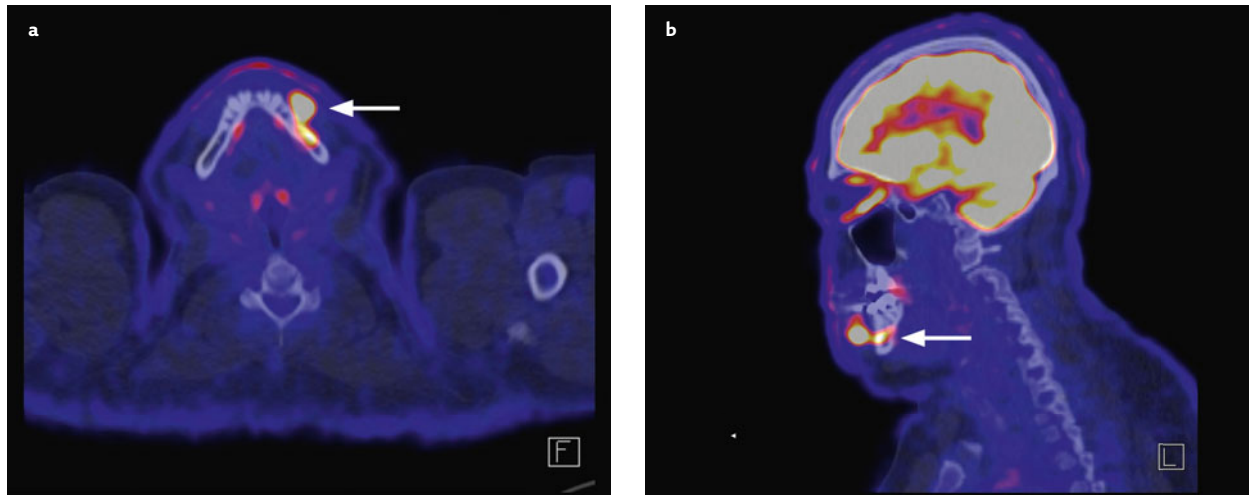
Lentigo maligna (melanoom *in situ*, lentigo maligna type; morbus Dubreuilh) is een intraepidermale laesie zonder invasie van de basaalmembraan waarbij de voorwaarde geldt dat deze op een zon blootgestelde huid ontstaat (Kasprzak en Xu, 2015). Lentigo maligna is het voorloperstadium van lentigo maligna melanoma. In het laatste geval gaat het om een invasieve laesie waarbij de tumor de basaalmembraan doorbreekt en kan metastaseren. De sneevlakken van lentigo maligna zijn histopathologisch soms lastig te bepalen. Dit komt doordat atypische melanocyten zich verspreid nestelen aan de basaalmembraan. Daarnaast vertonen zij een onderbroken opstijging van atypische melanocyten vanaf de basaalmembraan tot de oppervlakte van de epidermis (intermitterende ascensie). Dit maakt het bepalen van de sneevlakken van een biopsie of excisie, en daarmee dus de conclusie of de laesie radicaal verwijderd is, complex. Bepaalde immunokleuringen (bijvoorbeeld SOX10 of MITF) kunnen de patholoog hierbij ondersteunen (afb. 3c en d) (Kasprzak en Xu, 2015).

Diagnostiek van melanoom in mondholte

Het diagnostisch traject van een bewezen melanoom in de mondholte bestaat uit verschillende stappen (Rawal et al, 2017). Allereerst moet bij lichamelijk onderzoek gezocht worden naar een (cutaan) melanoom van elders. Vervolgens wordt een MRI van hersenen, hals en speekselklieren gemaakt en een FDG-PET met CT van het totale lichaam om het proces beter in beeld te krijgen en ter ondersteuning bij stadiëring van de maligniteit. Een mucosaal melanoom wordt volgens het Tumor-Node-Metastasis (TNM)-systeem gestadieerd. Het is hierbij belangrijk op te merken dat de laagst mogelijk tumorstadiëring (T), passend bij een oraal mucosaal melanoom *in-situ*, gestadieerd wordt als T3. In het stadium T3 is het mucosaal melanoom beperkt tot de mucosa (Feller et al, 2017). Dit is het gevolg van de histopathologische agressiviteit van een dergelijk melanoom. Vanaf het eerste volgende stadium (T4a) is er sprake van invasie tot de diepere wekere delen, bot en/of huid (Feller et al, 2017).

Behandeling van melanoom in mondholte

De behandeling van lentigo maligna en een POMM bestaat uit radicale excisie (Rawal et al, 2017). Vanwege de zeldzaamheid van intraorale melanomen is het lastig aan te geven wat de toegevoegde overlevingskansen van radiotherapie na verwijdering van een melanoom is. POMM lijkt vaak niet sensitief te zijn voor radiotherapie (Feller et al, 2017; Rawal et al, 2017). Verder zou radiotherapie dienen om locoregionale recidieven te voorkomen. De overlevingskansen blijkt echter met name af te hangen van metastasen op afstand. Het blijft daarom tot op heden onduidelijk of radiotherapie een toegevoegde waarde heeft bij het POMM (Feller et al, 2017; Rawal et al, 2017). Systemische behandeling met onder andere tyrosine-kinase-remmers is een optie bij melanomen mits specifieke mutaties (bijvoorbeeld C-KIT mutatie) aangetoond kunnen worden (Rawal et al, 2017). De prognose hangt af van het stadium, maar is over het algemeen zeer slecht (Meleti et al, 2007; Rawal et al, 2017).



Afb. 4. FDG-PET-CT-opname met lokalisatie melanoom ter hoogte van de gingivale omslagplooi in regio van gebitselement 35 met perineurale groei langs de linker nervus alveolaris inferior, via de linker canalis mandibularis, tot aan het linker foramen mandibulare, transversaal (a) en sagittaal (b).

en de leeftijd van de patiënt. Om de kans op osteoradionecrose te minimaliseren, werden op basis van focusonderzoek de gebitselementen 17 en 27 preventief verwijderd.

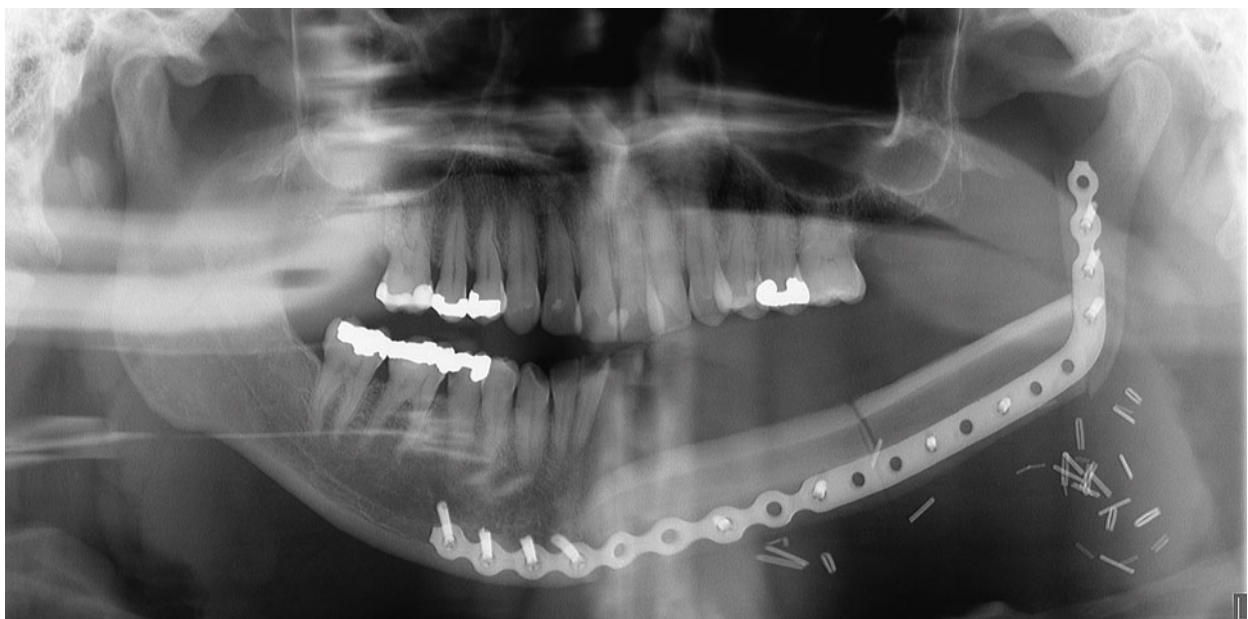
Histopathologisch onderzoek van de lentigo maligna toonde atypische melanocytair cellen zonder invasieve component. Submucosaal werd een nodus met een diameter van 30 mm gezien. Er was duidelijke perineurale groei lang de nervus alveolaris inferior waarneembaar. De sneevlakken van zowel de laesie van de onderlip als de submucosale zwelling waren schoon (> 5 mm). De linkszijdige supraomohyoidale halsklierdissectie toonde geen aanwijzingen voor regionale metastasen. Het melanoom werd daarom gestadieerd als pT4aN0M0. De patiënt herstelde postoperatief voorspoedig en werd in goede conditie uit het ziekenhuis ontslagen (afb. 5). De patiënt zag ondanks uitgebreide voorlichting af van postoperatieve radiotherapie wegens negatieve ervaringen van radiotherapie in het aangezicht bij naasten van de patiënt. Na 6 maanden fol-

low-up bleek het fibulatransplantaat met huideiland vitaal (afb. 6a en b) en werd een FDG-PET scan verricht waarop geen aanwijzingen voor een tumor werden gezien (afb. 6c).

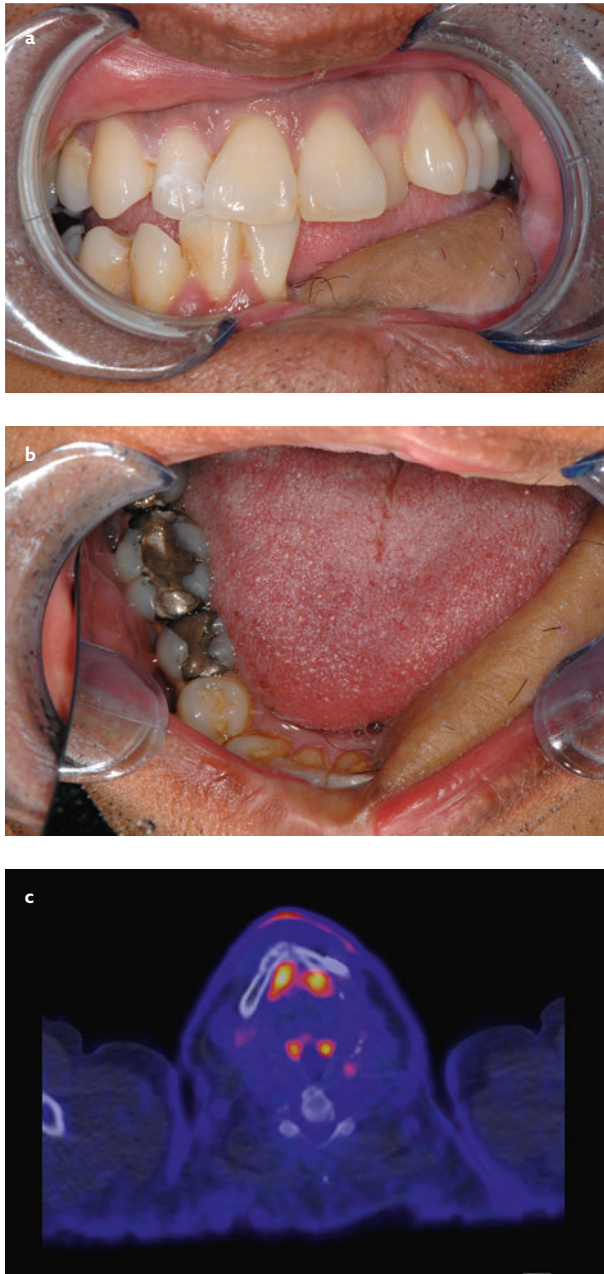
Discussie

Alhoewel het primair oraal mucosaal melanoom (POMM) minder voorkomt op de gingiva van de mandibula, past het klinisch beeld van de casus bij een mucosaal melanoom. Daar komt bij dat blijvende hypo-esthesie van het verzorgingsgebied van de linker nervus mentalis een alarmsymptoom is dat altijd meer aandacht behoeft. Bij het uitblijven van een duidelijke dentogene, infectieuze of traumatische oorzaak dient in ieder geval aanvullend onderzoek met beeldvorming te worden verricht.

In de gepresenteerde casus werd in 2011 een biopst en wigexcisie van de onderlip links genomen. Bij histopathologisch onderzoek elders waren er geen aanwijzingen voor dysplasie of maligniteit. Bij herevaluatie in een oncolo-



Afb. 5. Postoperatieve panoramische röntgenopname waarbij de mandibula links is gereconstrueerd met een fibulatransplantaat, tevens zijn de agraves van de primair gesloten wond zichtbaar.



Afb. 6. Bij 6 maanden follow-up: ventrale opname van het front (a) en onderdentitie (b) met het fraai genezen en vitale huiddeel van het fibulatransplantaat; transversale FDG-PET-CT-opname zonder aanwijzingen voor een (recidief) tumor (c).

gisch centrum bleek echter hetzelfde bioppt en wigexcisie aspecten van lentigo maligna te bevatten. Daarnaast bleek de laesie in 2011 irradicaal te zijn verwijderd. Ongeveer 2,0-2,6% van de lentigo maligna (een intraepidermale laesie zonder invasie van de basaalmembraan) gaat over in lentigo maligna melanoma (een invasieve laesie dat de basaalmembraan is gepasseerd met mogelijkheid tot metastasering) (Greveling et al, 2016). Het missen van deze diagnose in 2011 had daarom grote consequenties kunnen hebben. In deze casus blijkt uit histopathologisch onderzoek van het bioppt uit 2017 van de onderlip dat de sneevlakken schoon waren. Daarnaast werd er geen invasieve component waargenomen. Dit betekent dat het maligne aspect van het histopathologisch beeld van de submu-

Intermezzo 2. Begrippenlijst

FDG-PET scan

Het glucose analoog ¹⁸F-fludeoxyglucose (FDG) wordt in combinatie met een positron emissie tomografie (PET)-scan gebruikt om cellen met een hoge metabolische activiteit weer te geven. FDG is radioactief gelabeld. FDG wordt door cellen opgenomen en vastgehouden om intracellulair gemetaboliseerd te worden. Doordat maligne cellen een hoge metabolische activiteit hebben, worden onder andere deze cellen zichtbaar tijdens een PET-scan. De beelden van een FDG-PET scan kunnen gecombineerd worden met een CT-scan van hetzelfde anatomische gebied om zo de metabolische activiteit in verschillende anatomische structuren weer te geven. Een van de nadelen is dat gezonde anatomische structuren met een intrinsiek hoog glucosemetabolisme (bijvoorbeeld de hersenen) ook aangekleurd worden.

POMM

Het primair oraal mucosaal melanoom is een melanoom dat primair is ontstaan in de mucosa van de mondholte. Cutane melanomen die metastaseren naar de mucosa van de mondholte worden hier niet onder gerekend. Mucosaal melanomen, waaronder het POMM, zijn zeldzamer en hebben een slechtere prognose dan cutane melanomen van hetzelfde stadium.

TNM-stadiëring

Het Tumor-Node-Metastasis-stadiëring is een wereldwijd gebruikt stadiëringssysteem om het stadium van solide aan te kunnen duiden. Het systeem bestaat uit stadiëring van 3 onderdelen: de primaire tumor (T), de regionale lymfeklieren (N) en de aanwezigheid van metastasen op afstand (M). Daarnaast wordt onderscheid gemaakt tussen een cTNM en pTNM-stadiëring. De cTNM stadiëring gaat uit van het klinisch beeld, terwijl de pTNM-stadiëring uitgaat van histopathologisch geleverd bewijs.

cosale zwelling hoogstwaarschijnlijk geen metastase is van de lentigo maligna van de onderlip, maar dat het gaat om een POMM.

Het is begrijpelijk dat algemeen praktici en perifere centra weinig expertise hebben in zeldzame en lastig te diagnosticeren (pre)maligniteiten (Femiano et al, 2008). Juist daarom is het van belang om bij dergelijke alarmsymptomen of complexiteit van histopathologische preparaten laagdrempelig te overleggen dan wel te verwijzen naar een centrum waarin deze expertise wel aanwezig is. Hierdoor kunnen complexe maligniteiten eerder worden gediagnosticeerd en daarmee kan de diagnostische vertraging worden verkort. Dat is belangrijk omdat dit soort maligniteiten een agressief karakter hebben, vaak laat worden gediagnosticeerd en daarmee (ver)gevorderd zijn, en bij vroege onderkenning leiden tot betere prognose (Meleti et al, 2007; Rawal et al, 2017).

Het POMM van de casus wordt gestadiseerd als pT4aN0M0, omdat er sprake is van botinvasie en invasie van diepe weke delen (T4a). Er is géén sprake van aantasting van hersenen, dura, schedelbasis, lagere hersenzenuwen (van n. IX - n. XII) of mediastinale structuren (T4b). Er zijn geen lymfo- (N0) of hematogene metastasen (M0). De prognose bij het stadium pT4aN0M0, zoals in deze casus, is desondanks slecht; de vijfjaarsoverleving wordt geschat op 15-30% (Meleti et al, 2007; Rawal et al, 2017).

De toegepaste behandeling is conform de huidige richtlijnen (Rawal et al, 2017). Systemische behandeling met een tyrosinekinaseremmer was niet geïndiceerd wegens het ontbreken van genetische mutaties die deze behandeling effectief zouden maken (Rawal et al, 2017). Ten slotte houdt een aanzienlijk deel van de patiënten na een fibulatransplantaat blijvend beperkingen aan het onderbeen. Beperkingen die kunnen optreden zijn pijn (tot 70% van de patiënten), zowel continu als bij inspanning, sensibiliteitsstoornissen van het onderbeen (tot 45%), enkelinstabiliteit (tot 40%) en afname van de beweeglijkheid van de enkel en hallux (tot 20%) (Feuvrier et al, 2016).

Literatuur

- * Aerden T, Grisar K, Neven P, Hauben E, Politis C. Numb chin syndrome as a sign of mandibular metastasis: a case report. *Int J Surg Case Rep* 2017; 31: 68-71.
- * Feller L, Khammissa RAG, Lemmer J. A review of the aetiopathogenesis and clinical and histopathological features of oral mucosal melanoma. *Scientific World Journal* 2017; 2017: 9189812.
- * Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, et al. Oral malignant melanoma: a review of the literature. *J Oral Pathol Med* 2008; 37: 383-388.
- * Feuvrier D, Sagawa Y, Béliard S, et al. Long-term donor-site morbidity after vascularized free fibula flap harvesting: clinical and gait analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2016; 69: 262-269.
- * Greveling K, Wakkee M, Nijsten T, et al. Epidemiology of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma in the Netherlands, 1989-2013. *J Invest Dermatol* 2016; 136: 1955-1960.
- * Kasprzak JM, Xu YG. Diagnosis and management of lentigo maligna: a review. *Drugs Context* 2015; 4: 1-16.
- * Meleti M, Leemans CR, Mooi WJ, van der Waal I. Oral malignant melanoma: the Amsterdam experience. *J Oral maxillofac surg* 2007; 65: 2181-2186.
- * Rawal YB, Dodson TB, Bal HS. Oral melanoma: Relevance to the dental team members. *J Am Dent Assoc* 2017; 148: 113-119.
- * Ryba F, Rice S, Hutchison IL. Numb chin syndrome: an ominous clinical sign. *Br Dent J* 2010; 208: 283-285.
- * Wu L, Zheng Y, Zhou Z, et al. Numb chin syndrome leading to a diagnosis of salivary ductal adenocarcinoma: A case report and review of the literature. *Front Neurol* 2017; 8: 1-6.

Summary

Spontaneous numbness along with pre-existing deviations in the pigmentation of the lower lip

A 48-year-old man was referred for an evaluation of deviations in the pigmentation of the lower lip, intra-oral swelling and persistent numbness of the sensory area of the left mental nerve. In 2011, the diagnosis lentigo maligna of the lower lip was missed by histopathology of a biopsy performed elsewhere. In 2016, the numbness of the lower lip and chin was diagnosed by a neurologist as numb chin of unknown cause. A biopsy in 2017 showed lentigo maligna of the lower lip alongside a primary mucosal melanoma with significant local invasion. Treatment consisted of a hemimandibulectomy with a supraomohyoid neck dissection of the left side. This case shows the importance of the alarm symptom 'a numb lip' and the corresponding necessity of additional investigation. This article shows avoidable pitfalls that general practitioners, dentists and medical specialists need to be vigilant about.

Bron

B. Gareb, M.J.H. Witjes

Uit de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Datum van acceptatie: 18 juli 2018

Adres: B. Gareb, UMC Groningen, postbus 30.001, 9700 RB Groningen

b.gareb@umcg.nl