

K.G.H. van der Wal

Een acute eenzijdige uitval van de nervus hypoglossus

Samenvatting

Trefwoorden:

- Nervus hypoglossus
- Paralyse
- Mondziekten en kaakchirurgie

Uit de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Medisch Centrum Leeuwarden.

Datum van acceptatie: 26 april 1999.

Adres:

Dr. K.G.H. van der Wal
Medisch Centrum
Leeuwarden
Henri Dunantweg 2
8934 AD Leeuwarden

Afb. 1. Bij het uitsteken van de tong wijkt de tong naar de zieke zijde links af. Patiënte is niet bij machte haar tong recht uit te steken.

Een acute eenzijdige uitval van de nervus hypoglossus bij een 38-jarige vrouw wordt beschreven op basis van dissectie van de arteria carotis interna. Gewezen wordt op de noodzaak van een snelle verwijzing, de neurovasculaire diagnostiek en de behandeling met carbasalaatcalcium. De prognose is goed.

WAL KGH VAN DER. Een acute eenzijdige uitval van de nervus hypoglossus. Ned Tijdschr Tandheelkd 1999; 106: 306-307.

Gegeven

Een 38-jarige vrouw werd met spoed verwezen in verband met een sinds één dag bestaande uitval van de linker tonghelft. Drie dagen eerder begon de klacht met hoofd- en spierpijn aan de linkerzijde met geleidelijk aan steeds meer last van de tong. De linker tonghelft voelt de laatste dag vreemd en dik aan. Bij het uitsteken wijkt de tong af naar links (afb.1). Patiënte is bekend met het syndroom van Saethre-Chotzen en sinds 1981 met een leiomyosarcoom graad II van de bil. Het leiomyosarcoom werd in 1981 operatief verwijderd. Sindsdien is patiënte tumorvrij en gezond.

Onderzoek en diagnose

De patiënte vertelde sinds drie dagen hinder te onderkennen van hevige hoofd- en spierpijn links in de hals en de kauwspieren. De tong kon zij sinds één dag niet meer recht uitsteken. De linker tonghelft voelde dik en vreemd aan. Behoudens deze klachten had zij geen ziekteverschijnselen.

Bij het klinisch onderzoek werden de kenmerkende verschijnselen aangetroffen van het syndroom van Saethre-Chotzen, met onder andere brachycefalie, frontal bossing, ptosis van de oogleden en hyperteloris-

me. Intraoraal werd een onderhouden dentitie aangetroffen. De mucosa had een normaal aspect. De tong was normaal van vorm, maar werd naar links uitgestoken (afb. 1). Patiënte was niet bij machte haar tong recht uit te steken. Klinisch paste het beeld bij een eenzijdige uitval van de linker nervus hypoglossus (n. XII).

Een classificerende diagnose kon niet direct worden gesteld. Differentieel diagnostisch werd, vanwege het acute karakter van de klacht, gedacht aan een schedelbasisproces, een tumor en een infarct van de medulla oblongata. De patiënte werd verwezen naar de neuroloog. Na vaatonderzoek (duplexonderzoek) werd de diagnose gesteld op uitval van de linker nervus hypoglossus op basis van dissectie van de arteria carotis. Een duplexonderzoek is een dynamisch vaatonderzoek, dat gebruikmaakt van de beeldvormende combinatie van doppler en echo.

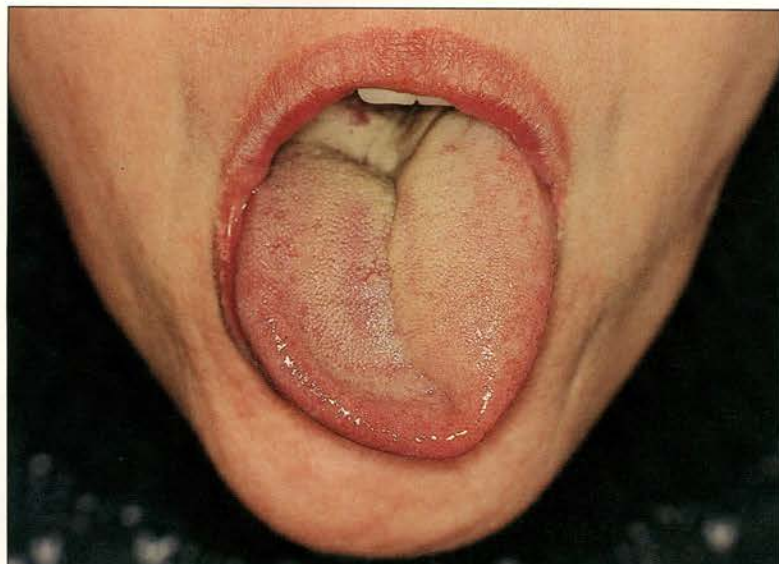
Behandeling en beloop

Gestart werd met behandeling met carbasalaatcalcium (Ascal®), 1 maal daags 38 mg. Zeven maanden later was patiënte klachtenvrij, de spier- en hoofdpijn aan de linkerzijde waren verdwenen en kon zij na spontaan herstel haar tong weer recht uitsteken. De tong voelde niet meer dik en vreemd aan.

Discussie

De tandarts algemeen-practicus wordt in zijn praktijk zelden geconsulteerd door patiënten met een acute neurologische aandoening. Een plotseling uitval van de nervus hypoglossus is voor de patiënt een verontrustend symptoom. De patiënt zal meestal daarom met spoed zijn tandarts of huisarts consulteren. Bij uitval van de nervus hypoglossus wordt de tong naar de zieke zijde uitgestoken. In rust ligt de tong in de mondholte minder vaak naar de gezonde zijde. Het krachtverlies van de tong kan worden getest door de tong tegen de wang te laten drukken en van buitenaf druk tegen de wang uit te oefenen. Een goede functieproef is het bevochtigen van de lippen door de tong.

Oorzaken van een uitval van de nervus hypoglossus



zijn onder andere schedelbasisprocessen, een tumor, een infarct van de medulla oblongata op basis van dissectie in de wand van de arteria carotis interna, het syndroom van Horner, een endotracheale intubatie en een fractuur van de condylus occipitalis of een infectie, zoals meningitis of een maligne externe otitis (Castling en Hicks, 1995; Keane, 1996; Bagán *et al*, 1998; Dearing, 1998).

In het verleden werden dissecties als een zeldzame oorzaak voor uitval van de nervus hypoglossus beschouwd. Door geavanceerde hedendaagse neurovasculaire diagnostiek, zoals het duplexonderzoek, CT-onderzoek met contrast of MRI-onderzoek in combinatie met angiografie, wordt de diagnose dissectie steeds vaker gesteld. Een dissectie is een scheur in de wand van een arteria, waardoor een bloeding ontstaat tussen de lagen van de vaatwand. Een dissectie kan worden veroorzaakt door een (rotatie)trauma van de hals of een direct trauma, maar kunnen ook spontaan ontstaan. De lengte van de scheur in de vaatwand varieert van één tot enkele centimeters. De bloeding die ontstaat in de vaatwand veroorzaakt een hematoom die naar de buitenkant van de arterie uitpuilt waardoor naburige hersenzenuwen kunnen worden gecompriëerd. Door de dissectie kan ook een pseudo-aneurysma of een 'intima-flap' ontstaan, die een bron vormen voor de ontwikkeling van emboliën (Friedman *et al*, 1980; Schievink *et al*, 1990). Door een bloeding tussen de intima en de media van de vaatwand kan het lumen van de vaatwand nauwer worden, waardoor een belemmering van de bloedstroom optreedt.

Een dissectie kan op elke leeftijd optreden. De meeste dissecties ontstaan op middelbare leeftijd; circa 70% van de patiënten is tussen de 35 en de 50 jaar oud (Hart en Easton, 1983; Schievink en Mokri Whisnant, 1993). De incidentie van een spontane dissectie wordt geschat op 1-4 per 100.000 (Giroud *et al*, 1994).

De klinische verschijnselen zijn pijn in één zijde van het gelaat, rondom de kaak of achter het oog. De pijn heeft een bonzend of stekend karakter. Sommige patiënten hebben oorsuizen. Na vier tot zes weken neemt de pijn af. Een dissectie van de arteria carotis kan aanleiding geven tot plotselinge uitval van één van de hersenzenuwen. In afnemende frequentie betreft de uitval de n. hypoglossus (n. XII), de n. glossopharyngeus (n. IX), de n. vagus (n. X), de n. accessorius (n. XI), de n. trigeminus (n. V), de n. facialis (n. VII), de n. abducens (n. VI) en de n. oculomotorius (n. III) (Leys *et al*, 1997). De functie van de hersenzenuwen herstelt

zich in het algemeen binnen twee tot vier maanden. Tien tot twintig procent van de patiënten houdt na de dissectie last van hoofdpijn, die vaak het karakter heeft van migraine.

De eerste keus van therapie is behandeling met acetylsalicylzuur gedurende een half jaar (Pozzati *et al*, 1990). Alleen in geval van recidiverende uitvalsverschijnselen en de aangetoonde aanwezigheid van een intimaflap of een pseudo-aneurysma worden anticoagulantia voor een periode van drie maanden overwogen. Men is terughoudend met vaat chirurgische ingrepen.

Bij een acute éénzijdige uitval van de nervus hypoglossus is directe verwijzing geïndiceerd. Door snelle neurovasculaire diagnostiek kan de diagnose dissectie, als oorzaak van de uitval, steeds vaker worden gesteld en kan met de medicamenteuze behandeling worden gestart. Door adequate klinische en neurovasculaire diagnostiek kan de patiënt worden gerustgesteld. De vervelende éénzijdige tongverlamming op basis van dissectie is gelukkig meestal tijdelijk en door het spontane herstel is de prognose goed.

Literatuur

- BAGAN JV, MILLAN-MASANET MA, PENARROCHA-DIAGO M, DE MIQUEL EL. Persistent idiopathic unilateral hypoglossus nerve palsy. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 507-510.
- CASTLING B, HICKS K. Traumatic isolated unilateral hypoglossus nerve palsy. Case report and review of the literature. *Brit J Oral Maxillofac Surg* 1995; 33: 171-173.
- DAERING J. Transient contralateral hypoglossal nerve palsy following third molar surgery under day-case general anaesthesia. A case report and review of the literature. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998; 36: 24-26.
- FRIEDMAN WA, DAY AL, QUISLING RG, SYPERT GW, RHOTON AL. Cervical carotid dissecting aneurysm. *Neurosurgery* 1980; 7: 207-214.
- GIROUD M, FAYOLLE H, ANDRE N, DUMAS R, BECKER F, MARTIN D, BEAUDOIN N, KRAUSE D. Incidence of internal carotid artery dissection in the community of Dyon. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57: 1443.
- HART RG, EASTON JD. Dissections of cervical and cerebral arteries. *Neurol Clin* 1983; 1: 255-282.
- KEANE JR. Twelfth-nerve palsy. Analysis of 100 cases. *Arch Neurol* 1996; 53: 561-566.
- LEYS D, LUCAS C, GOBERT M, DEKLUNDER G, PRUVO JP. Cervical artery dissection. *Euro Neurol* 1977; 37: 3-12.
- POZZATI E, GIULINA G, ACCIARI N, NUZZO G. Long-term follow-up of occlusive cervical carotid dissection. *Stroke* 1990; 21: 528-531.
- SCHIEVINK WI, LIMBURG M. Dissectie van de cervicale arteriën als oorzaak van hersenischemie of uitval van hersenzenuwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1843-1848.
- SCHIEVINK WI, MOKRI WHISNANT JP. Internal carotid artery dissection in a community: Rochester, Minnesota, 1987-1992. *Stroke* 1993; 24: 1678-1680.