

OORSPRONKELIJKE BIJDRAGEN

TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING EN ZWANGERSCHAP

DOOR

E. HERTZKA.

Het principe, dat bij elken therapeutischen maatregel met het gestel zoowel als met den (momenteelen) lichamelijken en psychischen toestand van den patiënt dient rekening gehouden te worden — dit principe geldt even goed voor den tandarts als voor welken anderen specialist ook; en hoe beter hij in staat is aan dezen eisch te voldoen: hoe kleiner de kans op teleurstellingen en tegenvallers tijdens of door de behandeling. Deze kans heelemaal uit te sluiten zal natuurlijk nooit mogelijk zijn, want bij elke behandeling speelt de individueele factor een zekere rol; immers de gevoeligheid voor pijn (kwetsuren) is enorm verschillend, ook in het gebit.

Waar nu de reacties op tandheelkundige verrichtingen zoozeer uiteenloopen is de grenslijn tusschen „normaal” en „abnormaal” ook in casu moeilijk te trekken. Duizelig worden en zelfs in zwijm vallen (collapsverschijnselen), wanneer een instrument de pulpa raakt of als de injectienaald in contact komt met het periost van de kaak — kan bij overigens gezonde personen voorkomen. Trouwens deze herstellen zich gewoonlijk vrij vlug uit eigen krachten. Er zijn echter gevallen, waarbij men a priori voorzichtigheid dient te betrachten. Daartoe behooren niet slechts de z.g. „bloeders” (haemophilen) — bekend en dikwijls besproken — maar ook zekere typen met afwijkingen in het gestel (z.g. „konstitutioneele” ziekten) als diabetes, Basedowlidders, menschen met verande-

ringen aan het bloedvatenstelsel (aderverkalking, hartkwalen) of aan het z.g. autonome zenuwstelsel (vagotonie, hypertensie i. e. abnorm. verhoogde bloeddruk) e. a. m.

Het behoeft geen betoog, dat het herkennen van zulke algemeene ziektebeelden niet op het terrein van den tandarts ligt — al is het nooit verloren tijd, wanneer men zich de moeite getroost, bij een patiënt, die ons (voor 't eerst) opzoekt, het uiterlijk in zijn geheel kort maar goed gade te slaan. Houding, gelaatskleur en uitdrukking, de blik, de manier van spreken en zich bewegen enz. kunnen ons reeds tot zekere vermoedens (omtrent de meerdere of mindere geschiktheid voor behandeling) aanleiding geven. Om echter onze indrukken te verifieeren resp. te corrigeeren, zijn we — even goed als elk ander arts-specialist — gerechtigd (en m. i. zelfs ertoe verplicht), naar den algemeenen gezondheidstoestand van den patiënt te informeeren, alvorens eene behandeling te beginnen of te wel voor te stellen (b.v. brugwerk e. dgl.)

Geldt dit principe reeds voor conserveerend of technisch behandelen, bijzonder gewichtig wordt het vóór een chirurgisch ingrijpen. Als zoodanig te beschouwen is ook iedere inspuiting onder het slijmvlies van de mondholte, onverschillig of voor „lokale” dan wel voor „geleidings”-anaesthesie, gedaan met welk middel en tot welk doel ook. Dit duidelijk in het licht te stellen lijkt niet ondienstig tegenover de thans grootere genegenheid èn van tandartsen èn van hun patiënten, om door een „spuitje” de behandeling te „verlichten”. Hetzelfde geldt logisch ook voor elken vorm van narkose.

Deze algemeene beschouwingen verkrijgen practische beteekenis, zoodra we voor de vraag komen te staan, die ons trouwens vaak letterlijk gesteld wordt door een patiënt(e), n.l.: zijn er bezwaren tegen tandheelkundige behandeling van een zwangere vrouw? In de pl.m. 10 jaar, dat ik in de tandheekunde werkzaam ben, heb ik zoo goed als nooit noemenswaardige reactieverschijnselen door of na tandheelkundige behandeling bij gravidæ gezien — op één geval na, dat echter ook nog meeviel:

Een patiënte, pl.m. 25 jaar oud, haar eerste bevalling over 5 maanden tegemoetziende, kreeg ongeveer 6 uren na een eenigszins moeilijke extractie van M_{1sd} , onder injectie van 2 ccm Nosuprin Merz uitgevoerd, een lichte vloeijing ex utero, die echter onder bedrust vrij spoedig weer ophield.

Onder den indruk van dit geval zette ik me ertoe, mijne — mogelijk te optimistische — opvattingen omtrent dit vraagstuk te toetsen en daarvoor de mij bereikbare vakliteratuur door te zien met het oog op publicaties betrekking hebbende op het thema in quaestie.

Dat het organisme der vrouw tijdens de graviditeit onder den invloed staat van veranderde en dus ook veranderend werkende condities valt vrijwel a priori aan te nemen. Het geval van *A. Bauer* ¹⁾ toont dit en bovendien het gewichtige feit, dat zulks niet alleen voor de eerste maar evengoed bij eene herhaalde zwangerschap ten volle geldt:

Na de verwijdering van 2 molarenwortels (distale radix M_{3id} en idem M_{1id}) waarbij zich geen moeilijkheden hadden voorgedaan, trad plotseling eene niet te stelpen bloeding op, waartegen noch herhaalde tamponade noch thermocauter noch het hechten van de extractiewonden baatten; evenmin inwendig gebruik van calcium en andere styptica; pas na toediening van (paarden?) serum en bestraling van de milt konden de bloeding overmeesteren. Dit gebeurde bij eene patiënte in de 5. maand van haar 4. zwangerschap, terwijl bij dezelfde patiënte ongeveer 6 weken eerder eene extractie gedaan was door denzelfden tandarts zonder eenige kwade gevolgen en overigens ook de vroegere graviditeiten normaal waren verlopen. Pas de laatste zwangerschap moet dus eene z.g. thrombopenie (vermindering van het bloedstremsel) te weeg hebben gebracht. — Uit een en ander trekt *A.* de conclusie, dat *de tandarts bij eene zwangere patiente nooit tot eenig chirurgisch ingrijpen mag overgaan, of er moet tevoren het bloed op eventueele pathologische veranderingen onderzocht zijn.* Het vaststellen van den tijdsduur van eene bloeding is hierbij even gewichtig als dat van den tijdsduur van

stolling (bepaling van de strembaarheid). Reeds de normale menstruatie is van invloed op het gedrag der roode bloedlichaampjes. Het meest betrouwbare teeken van „kapillaar-toxikose” (veranderingen aan de haarvaten) is het z.g. endothelsymptoom volgens *Seitz* bij 80 % van gravidæ aan te toonen (i. e. optreden van kleine subcutane bloedingen bij afbinden van den bovenarm met een gummiband). De haemorrhagische diathese der grávida kan ook zwelling (en bloeden) der gingiva alsmede bloeditstortingens elders in het lichaam (bloeding uit den neus, subcutane bloedingen) veroorzaken. Dus mag men bij zwangeren alléén dan chirurgisch ingrijpen, als een normale toestand van het bloed vastgesteld is.

Er rijst nu de vraag, of deze stelling van B. juist is — of had hij met een uitzonderingsgeval („Grenzfall”) te doen? Zooals bij de meeste medisch-therapeutische vraagstukken — men herinnere zich maar het oral sepsis-probleem — zijn ook over de onderhavige quaestie de meeningen nogal verdeeld.

Het meerendeel der publicaties is overigens eerder optimistisch gestemd en pleit — zij het met voorbehoud — vóór de tandheelkundige behandeling tijdens de graviditeit. — Zoo schrijft *Heimann* ²⁾:

„De zwangerschap kan veroorzaken of bevorderen hyperplasie van de gingiva, losstaan van tanden, nerveuse (?) tandpijnen, ontstaan van caries in hypoplastisch glazuur; ook kaaktumoren worden in ongunstigen zin beïnvloed. — Voor zoover noodzakelijk moet het gebit behandeld worden wegens het bijzonder belang van een hygiënischen toestand der mondholte tijdens de zwangerschap; nadeelige gevolgen voor deze zijn practisch zoo goed als niet te vreezen.”

In denzelfden geest schrijft *Kallhardt* ³⁾ (gecit. uit *Zentralblatt* (f.) *Gynaekol.* 1927):

„Tegen tandheelkundige behandeling tijdens de menstruatie en graviditeit bestaat geen bezwaar; de vrees voor mogelijk kwade gevolgen is ongegrond.”

Met meer voorbehoud formuleert *Leweland* ⁴⁾ zijne meening (gecit. uit *Zeitschr. f. Stomat.* 1925):

„Binnen een tijdperk van pl.m. 8 dagen vóór en 2 dagen ná de menstruatie moet — indien mogelijk — niet behandeld worden. Met het oog op het verminderd weerstandsvermogen is bij zwangeren voorzichtigheid geboden! De tijd tusschen de 4. en de 7. maand schijnt het meest geschikt te zijn.”

De moderne gynaecologen erkennen de bijzondere beteekenis van de mondhygiëne tijdens de zwangerschap, maar manen aan tot voorzichtigheid.

G. Kehrer ⁵⁾ houdt zich onzijdig:

„De grootste meerderheid der tandartsen”, zoo schrijft hij, „blijkt geen nadeelige gevolgen van behandeling tijdens de zwangerschap voor deze waargenomen te hebben. Van het standpunt van de gynaecoloog zijn de volgende punten in het oog te houden: Er mag geene „haemophile dispositie” aanwezig zijn; ook moet overwogen worden, dat de *toevoeging van bijniereextract voor de anaesthesie van de gingiva* resp. den nervus trigeminus in geval van vermeerderde prikkelbaarheid van de baarmoeder *abortus verwekken kan*. Verder is het raadzaam wegens het irritabel zenuwstelsel der gravida, deze patiënten niet te lang te behandelen en niet te vaak te laten komen.”

J. Novak ⁶⁾ is beslist vóór tandheelkundige behandeling in de graviditeit:

„De noodzakelijkheid van een goed onderhouden gebit en eene gezonde mondholte tijdens de zwangerschap wettigt tandheelkundig ingrijpen en behandelen ook in de graviditeit. Bij inachtneming van de noodige voorzichtigheidsmaatregelen zal de kans op ontijdige onderbreking van de zwangerschap als gevolg van tandheelkundige behandeling slechts minimaal zijn.”

Volgens *H. R. Schmidt* ⁷⁾ zijn nabloedingen na extracties in den tijd der menses *niet* te beschouwen als „vicarierende menstruatie”, maar als soms voorkomende bijverschijnselen van de periode, wanneer (door een extractie) eene meer of

minder ernstige kwetsuur van het weefsel (gingiva, kaak) is gemaakt. Van gewicht is ook de meening van *Haubach*, die ervoor waarschuwt, tijdens de menselijke anaesthetica met adrenaline te gebruiken, omdat als gevolg van de bloeddrukverhoging collaps, krampen, nabloedingen en hevige hoofdpijnen kunnen optreden. Hetzelfde geldt in nog hooger mate voor den tijd van graviditeit. Toch zal de kans op (aanhouden van) bloedingen niet bijzonder groot zijn.

Eene zeer belangrijke bijdrage tot het pro en contra van dit vraagstuk leverde *J. E. Talbot*⁸⁾:

„Op grond van voortgezette klinische ervaringen is T. tot de overtuiging gekomen, dat de oorzaak van (onopgehelderde z.g. kryptogene) toxikaemie bij gravidae gezocht moet worden in chronische haardinfecties uitgaande van de tonsillen of (septische) tanden. Dit toont aan de eminente *beteekenis van de tijdige ontdekking resp. verwijdering van zulke bronnen van infectie*, hetgeen liefst reeds vóór het intreden van zwangerschap gebeuren moet. Bij bestaande graviditeit is voorzichtigheid te betrachten; immers eene sluimerende infectie kan door een trauma (extractie) in een actief stadium gebracht worden. Septische tanden (wortels) moet men — althans *in het begin (1ste en 2de maand) van de zwangerschap — met rust laten*, omdat in dezen tijd eene beschadiging van de placenta uteri door haematogene infectie mogelijk is en zulks tot misvorming van de vrucht kan leiden. — Niet uit te stellen behandelingen kunnen nog het best in de 4de tot de 7de maand der graviditeit plaats hebben, maar zorgvuldig dient erop gelet te worden, geen reacties te verwekken aan klinisch symptoomvrije elementen.”

Over de vraag of zich (ook) tijdens de menselijke moeijheden bij de tandheelkundige behandeling (kunnen) voordoen, bestaan wederom uiteenlopende meeningen. Toch schijnt die — in het volksgeloof vastgewortelde — schroom voor heelkundige behandeling gedurende de menstruatie niet van allen grond ontbloeit te zijn. Althans verschillende schrij-

vers (*Grunert, Bennstein, Tugendreich*) berichten, dat zij vaak nabloedingen na extracties gedurende de menses hebben waargenomen. —

Dit beknopte en onvolledige overzicht toont voldoende duidelijk, dat het opstellen van voorschriften voor de tandheelkundige behandeling van gravidæ niet zoo eenvoudig is. Wanneer ik door patiënten gevraagd word, of ook gedurende de zwangerschap tandheelkundige behandeling mag plaats vinden, zoo is mijn antwoord steeds bevestigend. Toch ben ik mij ervan bewust, dat dit antwoord niet veel meer dan eene academische stelling is. Feitelijk kan er pas over beslist worden, of er en wát er te behandelen valt, zoodra we de patiënte in quaestie gesproken en niet alleen haar gebit onderzocht maar ook geïnformeerd hebben naar beloop en momenteelen staat van den algemeenen gezondheidstoestand. De meest geschikte tijd voor behandeling is dan (volgens *Talbot* e.a.) ongeveer het middelste tijdvak van de graviditeit. — Indien chirurgisch-tandheelkundig ingrijpen niet te vermijden lijkt, vraag ik toestemming van den huisarts of van den gynaecoloog. — Om ook rekening te houden met de maandelijksche indisposities worden in overleg met de patiënten die dagen buiten behandeling gehouden. Als patiënten gedurende de menses wegens kiespijn ter behandeling komen, wordt slechts symptomatisch en alléén bij gevaar door uitstel radicaal ingegrepen.

Met dezen zuiver practischen leidraad zijn echter de mogelijkheden en moeilijkheden van het onderwerp niet uitgeput. Men zal nu misschien geneigd zijn mij tegen te werpen, dat de zaak in quaestie heelemaal niet zoo gewichtig, tenminste niet van een vitaal belang voor den tandarts is — hetgeen ik zonder meer wil toegeven. Uit het bovenstaand bericht blijkt echter, dat de mogelijkheid bestaat, door eene tandheelkundige behandeling — volkomen lege artis uitgevoerd — op een gegeven oogenblik de gezondheid, misschien zelfs het leven van eene patiënte in gevaar te brengen, waarbij dan niet eens een kunstfout in 't spel was...

of misschien toch wél...? Zeker, de gevallen zijn (gelukkig!) zeldzaam, maar (om een bekend woord van den dichter *Heine* te varieeren:) „Wem es just passieret, der bricht-den Hals dabei.” Wel beschouwd is het dan toch de moeite waard, het vraagstuk, waar het hier om gaat, eens onder de oogen te zien.

Trouwens in dit nog weinig verkende terrein vaste en veilige wegen aan te geven zoude, dunkt mij, de capaciteiten van één onderzoeker te boven gaan, ook al had hij de grootste bekwaamheid en ervaring. Pas door de samenwerking — immers de leus van onzen tijd — kan de oplossing van zulke problemen gevonden worden en dit zeker onvolledige kritische essay over het thema der betrekkingen tusschen de tandheelkunde en de verloskunde is slechts eene poging tot het schetsen der gevaarlijke zones van een interessant grensgebied. En als daarmee (weer eens) in ruimer kring belangstelling voor dit onderwerp mocht gewekt worden, dan zal de arbeid aan dit opstel besteed ruimschoots beloond zijn.

OPGAVE VAN GERAADPLEEGDE LITERATUUR.

1. *Andor Bauer*: Postextraktionelle Blutung als Symptom einer Graviditaetshaematopathie. Z. f. Stomat. 1928, Seite 492.
2. *Heimann*: Beziehungen zwischen Zahnheilkunde und Pathologie der weiblichen Sexualorgane. Dtsch. zahnartzl. Wochenschr. 1927, Nr. 7.
3. *O. Kallhardt*: Die Beziehungen des weiblichen Genitale zu Erkrankungen im Bereich der Mundhoehle mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Zahnbehandlung waehrend der Menstruation und Schwangerschaft. Med. dent. Dissert. Muenchen.
4. *Leweland*: Beziehungen der Zahnheilkunde zur Gynaekologie und Geburtshilfe. La Presse dent. 1924. IV.
5. *G. Kehrer*: Organe der Mundhoehle. *Halban-Seitz*, Biologie und Pathologie des Weibes, 1925.
6. *J. Novack*: Die Beziehungen des weiblichen Genitale zum Verdauungstractus. Ebenda Band V (1927).
7. *H. R. Schmidt*: Menstruation, Schwangerschaft und Zahnfleischblutungen. Vjschr. f. Zahnheilk. 1927, Heft 3.
8. *J. E. Talbot*: The relation of dentistry to obstetrics. Dent. Surgeon, 1927, Nr. 1172 73, pag. 226—229, 239—240, Ref. in Misch, Fortschr. d. Zahnheilk. 1928, Bd. IV, Tl. 2, pag. 100.
9. Handwoerterbuch der gesamten Zahnheilkunde von *Kantorowicz* (Bonn).