

UIT DE PRACTYK



HET TEGENWOORDIGE STANDPUNT IN DE BEHANDELING DER TANDCYSTEN

DOOR

DR. R. P. OFFRINGA.

De schoone monografie over de aetiologie en de histologie der tandcysten, waarmede de te vroeg gestorven lector in de tandheekkunde *Dr. de Groot* te Utrecht tot doctor in de geneeskunde is gepromoveerd, is ons allen wel bekend. En de klassieke behandeling der tandcysten, die in 1892 de Breslauer stomatoloog *Partsch* ons het eerst aan de hand heeft gedaan en die in de leerboeken als *Partsch I* en *Partsch II* wordt aangegeven, is nog altijd de meest gangbare. In hoofdzaak wordt wel haast altijd de methode-*Partsch I* gevolgd, die daarin bestaat, dat van de mondholte uit de voorwelvende wand van de tandcyste over een zoo groot mogelijk gedeelte eerst met het mes en vervolgens met de kromme schaar wordt verwijderd. Volgens aangeven moet een uit het slijmvlies der mondholte gevormde lap in de cysteholte omgeslagen worden. Maar ik heb dat nooit gedaan. 'tIs ook niet noodig. Als de cyste-opening behoorlijk groot is en men tamponeert met jodoformgaas, is daarmede de operatieve ingreep afgelopen. De wondranden bedekken zich met epitheelcellen van de mondholte en zoo wordt de cysteholte een nevenholte van de mondholte, die men nog korten tijd met steeds kleiner tampons blijft opvullen. Men laat daarna de tampons weg en de cysteholte is ten slotte niet meer dan een kleine nis van de mondholte.

De zaak is daarmee genezen. Een bezwaar tegen deze methode is de wekenlang durende nabehandeling. Ik bereid mijn tandcystepatiënt bij de operatieve behandeling daarop voor en zeg hem steeds, dat de nabehandeling wel een week of zes kan duren. Tandcysten ziet men niet veel. Ik heb er ongeveer drie of vier in het jaar gehad. Maar typisch is, dat als ik er een heb er zeer spoedig daarop een tweede komt, een bevestiging dus van de wet van het tweevoud van de gevallen („Duplizität der Fälle). Maar de lange nabehandeling is voor den patiënt vervelend, ook daarom, omdat hij steeds in het bewustzijn verkeert, dat hij nog een gat in den mond heeft hetgeen hem soms deprimeert. Om nu die lange nabehandeling te verkorten is er een uitkomst gekomen in de *radicale antrumoperatie volgens Caldwell-Luc*. Dit is eigenlijk de moderne operatiemethode van het antrumempyeem, maar die ook bij groote tandcysten tot een spoedig en duurzaam resultaat voert. Men opent daarbij van de fossa canina uit het antrum Highmori en krabt met een scherpe lepel cystewand en antrumslijmvlies geheel weg. Ik kom daarop straks nader terug, wil echter eerst de *bezwaren* opsommen die tegen *Caldwell-Luc* zijn aangevoerd. Het *eerste* bezwaar dat de operatie te ingrijpend zou zijn, is weinig steekhoudend als men beseft, dat bij een weinig handigheid de operatie niet meer ingrijpend is als bij Partsch I.

Het *tweede* bezwaar, dat men bij *Caldwell-Luc* een gezonde antrumhalte opent is evenmin steekhoudend, want het antrumslijmvlies is bij eenigszins groote tandcysten, die diep in de antrumholte voorwelden reeds niet meer normaal, het is meestal zelfs chronisch ontstoken. De derde grief tegen *Caldwell-Luc*, dat men bij deze methode meer kans loopt de wortels der tanden, die in het antrum min of meer promineeren, te beschadigen, is zeker gegrond wanneer men zich de anatomische verhoudingen op den bodem van het antrum Highmori duidelijk voor oogen stelt. Meestal toch steekt de wortel van de praemolaar of molaar, waarvan de cyste uitgaat, een eindje in het antrum uit.

Bij den groei van de cyste breidt deze zich uit ook over den

bodem van de antrumholte. Zelfs kunnen bloedvaten en zenuwen van naburige tanden in de cystewand verlopen. Krabt men nu met den scherpsten lepel ook over den bodem van het antrum alles weg, dan loopt men daarbij natuurlijk groot gevaar, dat men bloedvaten en zenuwen van naburige gezonde tanden mede verwoest, tengevolge waarvan deze necrotisch, ja zelfs gangre-neus zouden kunnen worden. Om nu dat geheel van bloedvaten en zenuwen, die plexus dentalis van over den bodem van het antrum uitstekende tandwortels te sparen, kan men de methode van *Caldwell-Luc* in dien zin wijzigen, dat men dat deel van de cyste, dat op den bodem van het antrum ligt, intact laat. De rest wordt dus weggekrabd. De wondvlakte heelt spoedig en de genezing verloopt nu na lichte tamponade veel vlugger.

Wat nu de *techniek* van de *Caldwell-Luc*-methode betreft, die is als men wat gewend is het mes te hanteeren, heusch niet bijzonder moeilijk. En het is heelemaal niet noodzakelijk, die aan den rhinoloog over te laten, al zal die uit den aard van zijn vak en het meer frequente voorkomen van antrumempyeen deze operatie vaker verrichten dan wij. Men begint met geleidingsanaesthesie van de N. maxillaris door 2 cM³. 2 % novocaine supracrenine in te spuiten in de omslagsplooi en verder een weinig in te spuiten in het gebied van de fossa canina. Ik bestrijk voorts de gingiva in de omslagsplooi met psicaïne krachtig, penseel die buurt met tinctura jodii en incideer nu in de omslagsplooi van af den hoektand of laterale snijtand, tot de 2e praemolaar. De weke deelen en het periost schuif ik daarna weg met elevatorium tot ik de fossa canina open en bloot voor mij heb liggen. Met een druk van den vinger laat die zich gemakkelijk indrukken en ik maak nu met het mes in het ingedrukte been een opening zoo groot, dat ik er met mijn pink in kan komen. Men krijgt daarmede al eenig idee van den toestand in het antrum. Aanwezige cystenwand en andere woekeringen krabben we nu met den scherpsten lepel weg, terwijl ook de resteerende mucosa in alle bochten, weggekrabd wordt. De mediale antrumwand, die neus- en antrumholte scheidt wordt geïncideerd en een deel van die wand als lap op den antrumbodem omgeklapt. Daarmede

is de antrumholte tot een nevenholte van de neusholte gemaakt. *Alleen den antrumbodem ontzien we* om promineerende wortelpunten en de omgeving daarvan niet te beschadigen. De operatie is hiermede beëindigd. De genezing heeft plaats doordat van de neusholte uit het epitheel zich voortzet in de antrumholte, die overigens heelemaal langzamerhand verdwijnt en met beenige woekeringen zich vult. Een eigenlijke nabehandeling is ternauwernood noodig. De lichte zwelling van de wang gaat na enkele dagen terug. Men kan, als men het antrum getamponeerd heeft den volgenden dag de tampon verwijderen en de wond in de fossa canina door naad sluiten. Erg komt het op het hechten van de wond daarbij niet aan, want meerdere operateurs hebben zonder wondhechting toch goede genezing gezien.

Wat nu de *tand* betreft van welke de tandcyste is uitgegaan. Ik heb in de drie volgens *Caldwell-Luc* door mij behandelde gevallen die maar opgeofferd, maar ik wil bekennen, dat eigenlijk wortelbehandeling en vulling en eventueele wortelpuntresectie aan de operatie moet voorafgaan. In mijn gevallen waren de patiënten al heel blij dat ze, één van de cysten was tot verettering van de heele omgeving overgegaan, van de misère af waren.

Het spreekt wel van zelf, dat bij *onderkaakcysten* van *Caldwell-Luc* geen sprake kan zijn. De zeer enkele cysten, die ik daar waarnam, genazen zonder uitzondering met Partsch I.
