

Probleem 2

De wortelkanaalbehandeling blijft voor mij nog altijd, na bijna 22 jaar de praktijk te hebben uitgeoefend, het moeilijkste en ook het meest problematische gedeelte van ons vak. De extirpatie, gevolgd door verwijding der kanalen (en vanzelfsprekend het vullen der kanalen) geschiedt onder cofferdan. Waarom zo weinig collega's bij de definitieve afsluiting cofferdan gebruiken is mij een raadsel, het *kost* geen tijd, maar het *spaart* tijd. Edoch nu willen we nadat we, nemen we aan van een fronttand of praemolaar, het kanaal zorgvuldig gevuld hebben, een stifttand maken of een opbouw voor jacket vervaardigen. We zijn nu genoodzaakt het kanaal weer op te boren, dus de rubbervulling weer „gedeeltelijk” te verwijderen. Hoe vaak zien we nu niet al onze moeite weer teniet gedaan, omdat met de boor de gehele rubbervulling mee komt. Gebeurt dit niet, wie garandeert mij dan dat het restant kanaalvulling inderdaad de apex zó hermetisch afsluit dat het bacteriëndicht is? M.i. zullen we er van uit moeten gaan dat het nu geïnfecteerde kanaal aan de apex *niet* hermetisch afgesloten is. Maar handelen we daar ook naar? We boren het kanaal, resp. kanalen, open en maken stift of stiften, de stifttand of opbouw wordt geplaatst, zeker we zullen het kanaal wel eerst drogen, misschien wassen we het nog wel uit met Ch. K.M. of wie weet waarmee, maar houden we onszelf niet voor de gek? Het, naar we hoopten, ééns steriele kanaal is nu zeker niet steriel meer, maar stifttand of opbouw wordt zonder blikken of blozen geplaatst. Wanneer bij het opboren van het kanaal de kanaalvulling in haar geheel meegaat kunnen we het euvel herstellen door het kanaal opnieuw te vullen na eerst met b.v. Ch. K.M. afgesloten te hebben, cofferdan aanleggen is dan echter niet meer mogelijk wat ik een groot nadeel acht, maar wat schiet ik daar mee op wanneer ik de steriliteit van de omgeving der apex ook bij een „intacte” gedeeltelijke kanaalvulling niet vertrouwen kan? Tot nu toe heb ik in de literatuur over dit probleem nog nimmer iets aangetroffen.

Vele collega's zullen ongetwijfeld hetzelfde onvoldane gevoel hebben bij het plaatsen van stifttanden, opbouwen, inlays met stift e.a. Is er ook één van hen die een oplossing gevonden heeft voor dit probleem? M.

Probleem 2

Antw. 2 Red.

De zeer grote waarde en de noodzakelijkheid van deze rubriek blijkt wel heel duidelijk uit het inzenden van het hier gestelde probleem nr. 2 en de wijze waarop het aan ons wordt voorgelegd.

Blijkbaar hebben we hier te doen met een uiterst consciëntieus collega die reeds 22 jaren de moeilijkheden der wortelkanaalbehandeling met zich meedraagt. Een dergelijk, zich met de regelmaat van een klok dagelijks opdringend, probleem kan tot een obsessie worden en bij gewetensvolle naturen tot ernstige schade aanleiding geven. Ik breng daarbij in uw herinnering dat men in de oudheid als strafmaatregel personen lange tijd plaatste onder een regelmatig vallende waterdruppel. Dit, op zichzelf onbetekenende feit was door de hardnekkige regelmaat waarmee het zich herhaalde, voldoende om een krankzinnigheid op te wekken. Ik wil collega M. niet verontrusten. Ik geloof niet dat hij aan dit probleem „ten onder” zal gaan. Maar toch meen ik, in volle ernst, dat het heel goed is om over dit onderwerp eens uitvoerig van gedachten

te wisselen. Op zijn zachtst uitgedrukt geeft ieder onopgelost probleem toch het gevoel dat er iets is wat ons chronisch hindert. Iedere chronische prikkeling, hetzij lichamelijk, hetzij geestelijk, kan diepgaande gevolgen hebben. Misschien is het niet-oplossen, juist van *dit* probleem, voor velen die minder volhardend waren in hun morele strijdvaardigheid, de oorzaak geweest dat zij er zelfs in het algemeen toe kwamen om ook andere problemen van zich af te schuiven. Misschien heeft zelfs het onopgeloste probleem der wortelkanaalbehandeling wel eens aanleiding gegeven tot het toegeven aan een zeker fatalisme met als gevolg daarvan een snel afglijden naar de mal-praxis. In het licht van deze gedachten geloof ik dan ook in 't algemeen, dat iedereen zo snel mogelijk moet trachten om alle problemen tot een innerlijk bevredigende oplossing te brengen. Dit is altijd beter dan er 22 jaren mee te blijven rondlopen.

Wanneer, zoals in het gestelde probleem het geval blijkt te zijn, de mogelijkheid niet aanwezig is om een oplossing te vinden die volledig wetenschappelijk bevredigend is, dan zullen wij moeten leren om tevreden te zijn met een benadering.

Het is ook mij nooit gelukt om dit vraagstuk wetenschappelijk op te lossen. In de loop der jaren heb ik mij echter kunnen neerleggen bij een aantal overwegingen die mijn persoonlijk innerlijk in zoverre tot rust hebben gebracht dat het probleem als zodanig niet meer bij herhaling aan de deur klopt. In mijn redactioneel antwoord zou ik in dit geval dan ook liever willen spreken van een poging tot psychische ontlasting van collega M., dan van een wetenschappelijke oplossing, hoewel ook ik mij voor een beantwoording van deze laatste mogelijkheid vanuit onze lezerskring ten zeerste aanbevelen houd.

De inzender schrijft over een „hermetische afsluiting van de apex”. Ik ben het volkomen met hem eens dat dit in bacteriologische zin volkomen absurd is. Wanneer echter het apicale deel der wortelvulling na het hernieuwd uitboren van het kanaal voor de stift wel is blijven zitten, is het begrip „hermetische afsluiting” voor bacteriën even absurd. Wat dat betreft verandert er dus weinig aan de situatie. Even absurd is voor mij echter het begrip steriliteit voor het inwendige van het kanaal. In dit nooit-steriele kanaal drukken wij uiteindelijk een niet-steriele stift met niet-steriele cement die aangemaakt is op een niet-steriele glasplaat met een niet-steriele spatel. Natuurlijk kunnen we een kristal thymol aan de cement toevoegen. Wanneer wij, met coll. M., de steriele apex-omgeving „niet vertrouwen kunnen”, ligt hierin echter nog niet opgesloten, dat wij onze toevlucht moeten nemen tot een opmerking dat wij onszelf, met al onze goedbedoelde maatregelen „voor de gek houden”.

De resultaten van iedere operatieve ingreep zijn immers niet alleen afhankelijk van de graad van infectie en de toestand waarin de bacteriën verkeren, maar gelukkig voor een zeer groot deel van het regeneratievermogen van patiënt en plaatselijk weefsel. Iedere wondgenezing is in hoge mate afhankelijk van de doeltreffendheid der adaptieve functies. Wanneer ons lichaam zich niet zo effectief tegen iedere apex-infectie teweerstelde, zouden ongetwijfeld de rampen veel groter zijn. Misschien is zelfs het ontstaan van een granuloom één van de vormen waarmee de weefsels de eliminatie van ziekteverwekkende organismen tracht te bewerkstelligen. Hoeveel granulomen zijn er niet vrij van bacteriën? En *als* er bacteriën in zitten hoe betrekkelijk zelden gaan zij dan van de avirulente vorm in de virulente over!

Ik zou in dit verband nog eens willen wijzen op mijn artikel over „Tandheelkunde en de moderne wetenschap” in deze aflevering van ons Tijdschrift, waarin ik er juist op gewezen heb dat in de moderne geneeskunde niet zozeer meer wordt gevraagd naar het infectievermogen van de van buiten indringende verwekker als naar de bijzondere wijze waarop het organisme krachtens zijn typische aanleg op de verwekker reageert.

Ook voor de wortelkanaalbehandeling zullen wij in de toekomst onze therapie steeds meer moeten richten op dit regeneratievermogen van de weefsels. Ieder levend weefsel brengt een zeer bijzondere toestand van resistentie mee. Het is immers een bekend verschijnsel dat met bacteriën, die op de menselijke huid worden gebracht, reeds binnen enkele uren geen kweekproeven meer kunnen worden gedaan terwijl zij op een glazen staaf nog lang kunnen blijven leven.

Naast namen als Black, Angle en die van vele andere grootheden uit de tandheelkunde zweeft bijna dagelijks de naam en de geest van Metschnikow geruststellend door mijn praktijkkamer. Denkende aan het bekende verschijnsel der phagacytose troost ik me dan dikwijls met de gedachte dat er gelukkig weinig bacteriën zijn als de trepomena pallida die géén reactie van de zijde van de adaptieve mechanismen opwekken, al lijkt de spirocheta dentium daar dan ook uiterlijk zoveel op in aantal, vorm en grootte der windingen.

Zelfs zou ik nog één stap verder willen gaan!

In de tandheelkundige literatuur leest men herhaaldelijk van de gunstige invloed op de wondgenezing aan de apex die uit zou gaan juist van een lichte prikkeling van het periapicale weefsel. Ik denk daarbij dikwijls aan de proeven met kippen, die men trachtte op te fokken met volkomen steriel voedsel. De resultaten waren weinig bevredigend. De vraag komt dan in ons op of juist de aanwezigheid van een kleine hoeveelheid niet te virulente bacteriën niet evenzeer een gunstige invloed zou kunnen uitoefenen op het genezingsproces rondom de apex. Wanneer immers onbedekte weefsels, nadat de huid is weggenomen, volledig worden beschermt tegen bacteriën, lucht en andere prikkelende omstandigheden, tredt géén regeneratie op!

Ik ben ervan doordrongen dat coll. M. een consciëntieus werker is. Juist daarom durf ik tegen hem te zeggen, dat hij te veel en uitsluitend (in de geest van Virchow) gelet heeft op de van buitenaf komende ziekteverwekkers zonder te denken aan hetgeen de humoraal-therapie in de moderne geneeskunde ons te zeggen heeft. Ik geef hem in overweging om van 25 stiftkronen die 3 jaar of langer geleden door hem gemaakt zijn met de ernst en de toewijding die uit zijn probleemstelling spreken, Röntgen-foto's te maken. Wanneer zou blijken dat er inderdaad een te groot aantal bij is dat periapicale afwijkingen vertoont, dan heeft de psychische ontlasting die ik hem in dit antwoord hoopte te geven gefaald en zullen wij moeten uitzien naar iemand die een betere oplossing weet te geven. Ook ik kan mij uit de literatuur geen andere en betere oplossing herinneren als die van een publicatie waarvan de naam van de auteur mij is ontgaan en waarin werd aangeraden om vóór het plaatsen van een stiftkroon een klein korreltje koperamalgaam diep in het kanaal te brengen met het oog op de grote oligodynamische werking van koper.

R. W. BROEKMAN