

PROBLEEM 4

Ik heb onlangs behandeld een knaap van dertien jaar, bijna veertien. Zijn ouders zijn erg op een goede behandeling gesteld maar niet regelmatig genoeg, zodat, toen hij na een lange tussenpoze weer bij mij kwam, er verschillende caviteiten waren, met caries profunda in drie eerste molaren.

Aan extractie van de eerste molaren, wat ik het liefst gedaan had, wilde de Mama eenvoudig niet denken, zolang niet het uiterste geprobeerd was om ze te behouden.

Daar er alleen nog maar pijn bij zoet en koud en warm gevoeld werd, de reden van zijn komst, heb ik geprobeerd de molaren te behouden.

Ik heb toen m.i. de normale weg bewandeld, de caviteiten zo goed mogelijk gereinigd en afgesloten met CH, Ph K. en fletcher.

Na enige tijd, ik zei al dat de familie onregelmatig was, kwam het jonge mens terug met de fletcher-vullingen los gebeten en weer klachten over pijn en zoet, koud en warm.

Daar hij echter nog steeds niet klaagde over acute pijn en volgens zijn zeggen de pijn nooit erg was, heb ik de caviteiten goed gereinigd, grondig gedroogd en het tandbeen geïmpregneerd met amoniacaal zilvernitraat. Een flinke laag cement er over heen en daarop fletcher.

Mijn bedoeling was inlays.

Ik liet het geval enige tijd met rust en behandelde intussen enige andere caviteiten.

Na verloop van een dag of tien kwam hij met klachten over acute pijn in zijn linker bovenmolaar. Ik heb toen alles uit de caviteit verwijderd, er bleek geen geëxposeerde pulpa aanwezig te zijn. Daar de kies erg gevoelig was heb ik maar de pulpa gecauteriseerd.

Bij openen van de pulpakamer bleek dat er nog een flinke laag tandbeen boven de pulpakamer aanwezig was en ook dat het zilver maar weinig in het tandbeen was doorgedrongen. De wortelbehandeling werd als diepe amputatie verricht en verliep verder volkomen normaal.

We dachten nu van de narigheid af te zijn, maar o schrik, daar begon de rechter molaar ook pijn te doen.

Ik heb toen maar ineens de pulpa gedood en behandeld, wat gelukkig zonder verdere narigheid afliep. Wat me echter in het hele geval zo bevreemde was, dat de rechter bovenmolaar lang niet zo carieus was als de andere, totaal geen pijn gedaan had, op een heel enkele keer na met zoet. Ik ga nu werkelijk denken dat ik hier iets grondig verkeerd gedaan heb, maar eilacie, ik weet niet wat. Zou u mij uit de droom kunnen helpen? De verdere behandeling is heel normaal verlopen.

Nu zou ik nog iets uit de praktijk willen vermelden, wat me een dezer dagen onder ogen kwam.

Door een scheepvaartkantoor werd mij een aantal Lascaren, schepelingen toegesonden voor tandheelkundige behandeling, in totaal zestien. Bij al deze mensen, mannen van dertig tot vijftig jaar ongeveer, heb ik extracties moeten verrichten, omdat deze elementen pijnlijk waren door paradontose. Het tandvlees was weinig aangedaan, niet zichtbaar gezwollen. Roodheid was moeilijk te constateren omdat bij hen, zoals bij veel kleurlingen, het tandvlees sterk blauw geaderd is, meer blauw dan rood.

Wat me het meeste trof, er was een zeer laag percentage caries. Slechts bij twee van hen trof ik caries aan, één had een carieuze molaar met een occlusale caviteit, de andere twee fissuren die aangedaan waren.

Een praemolaar vertoonde contact caries, de eerste molaar was dus waarschijnlijk wegens caries verwijderd. Sommigen hadden sterk tandsteen van een geelachtige kleur. De anderen zelfs geen tandsteen.

Bij navraag, bleek het menu voornamelijk uit rijst met wat vis of vlees te bestaan. zoetigheid gebruikten ze ook, weinig brood; zij waren echter allen Betel-kauwers. Nu werd de Betel gekauwd met toevoeging van veel kalk, misschien ligt hier de oorzaak van de geringe caries frequentie.

J. M. J.

PROBLEEM 4

ANTW. 4 RED.

Bovenstaand probleem wordt door ons geplaatst, niet met de bedoeling om er ernstig op in te gaan, maar alleen om aan te tonen, wat de bedoeling van deze rubriek nu juist *niet* is. Reeds meerdere malen ontving ik vragen ter beantwoording die bij mij de twijfel deden rijzen of ik hier misschien met een goedkope grap te doen had. Nu eens ziet men mij aan 'voor een advocaat-voor-kwade-zaken, dan weer dreig ik te worden meegesleurd in de meest ingewikkelde familierelaties. Modellen worden mij toegestuurd met de vraag of tussen M₃ ss en I₁ ss nog een vaste brug in zilver gemaakt kan worden. Als aanvullende mededeling stond nog achterop het model gekrabd: „M₃ al een beetje tamelijk los”.

Voor vraagstukken uit de propaedeutiek der tandheelkunde kunnen wij geen ruimte beschikbaar stellen.

Thans ligt prbl. 4 ter beantwoording voor ons.

Tweede alinea. Wanneer een collega zijn tandheelkundige opvattingen ondergeschikt maakt aan de wensen van patiënten of van begeleidende personen, dan zal het aantal problemen zich zodanig uitbreiden, dat wij een afzonderlijk problemen-tijdschrift kunnen oprichten. Wanneer coll. M. om één of meerdere redenen meent dat tot extractie van de eerste molaren moet worden overgegaan, dan behoort hij zich hieraan te houden. Het zich onderdanig schikken naar patiënten die herhaaldelijk hun afspraken verzuimen is heel erg fout.

Op deze wijze zou ik kunnen doorgaan met een kritische beschouwing van het hier gestelde „probleem”.

Waarom werden de caviteiten in eerste instantie afgesloten met CH-Ph-K.? Hoe was de toestand van de pulpae?. Waarom werd zo lang gewacht met het grondig reinigen der caviteiten? Lag misschien de pulpa reeds bloot toen met amoniacaal zilvernitraat geïmpregneerd werd?

„Daar de kies erg gevoelig was, heb ik maar de pulpa gecauteriseerd.” Ik krijg sterk de indruk dat het hier tussen diagnose en therapie wel heel erg rammelt.

Ook het verhaal van de Lascaren is mij niet erg duidelijk. Gesproken wordt hier over parodontose zonder noemenswaardige veranderingen aan het tandvlees. Kleuringen met blauw-geaderd tandvlees heb ik nooit gezien, wel bruine verkleuring door pigment.

Over traumatische occlusie schrijft coll. M. geen woord.

Met de beste wil en het grootste geduld kan ik dergelijke „problemen” niet behandelen.

R. W. BROEKMAN