

## JUBILEUMCONGRES

### JUBILEUMCONGRES SCHEVENINGEN 1954

*Geleide discussie* over het onderwerp: „*De preventie van orthodontische afwijkingen*” op Donderdag 10 Juni 1954. Voorzitter: Prof. Dr. L. J. B a u m e, Zürich; Leden: (in alfabetische volgorde): Prof. Dr. A. B e a u r e g a r d t, Parijs; Prof. K. G. B i j l s t r a, Groningen; J. A. C. D u y z i n g s, Utrecht; Prof. Dr. A. K a n t o r o w i c z, Honnef; Prof. Dr. G. K o r k h a u s, Bonn; Dr. O r e n A. O l i v e r, Nashville (V. St.) en Dr. M. W. W a t r y, Brussel.

De Voorzitter opent de discussie en zegt het een gemeenplaats te achten, wanneer wordt opgemerkt, dat de mogelijkheden en de vooruitzichten in de tandheelkunde in de laatste tientallen jaren enorm zijn toegenomen. Zoals we uit D u y z i n g s' lezing hebben vernomen, kunnen wij grote vooruitgang boeken zowel op het gebied van de ontwikkelingsfysiologie van de kaak en het gebit als op het terrein van de pathologie. Wat wij in dit opzicht gewonnen hebben, kan zeker ten goede komen aan het uiteindelijke doel van iedere geneeskunst: preventie.

Wij moeten ons welbewust zijn van het feit, dat de preventie niet langer slechts door idealistische medici als een plicht gezien wordt. Integendeel, in deze tijd wordt de preventie door brede lagen van de maatschappij van ons geëist. Men is gaan begrijpen, wat het betekent voor het levensgeluk én in economisch opzicht, gezond te zijn en het publiek staat er op zijn deel in de preventieve geneeskunde te krijgen. Dat dit van de tandarts zal vergen met een toenemende vraag naar gesocialiseerde tandheelkunde rekening te houden, behoeft geen betoog. Dit is de huidige situatie, hier en allerwegen elders in de wereld, en zij stelt eens te meer de noodzaak in het licht preventieve tandheelkundige maatregelen te ontwikkelen en toe te passen, met name in de orthodontie.

Wat preventieve tandheelkunde sociaal en economisch betekent, zal morgen besproken worden onder leiding van Dr. S t o r k. Laten wij ons nu hier bezig houden met de preventieve orthodontie. Zoals in de twee voorgaande lezingen bleek, zijn er twee aspecten, die onze aandacht verdienen; ten eerste een principiële vraag: wat is het terrein van de preventieve orthodontie (definitie, grenzen, welke afwijkingen kunnen voorkomen worden)?; ten tweede een praktische kwestie: hoe kunnen we malocclusie voorkomen (welke praktische maatregelen moeten hiervoor genomen worden)?

Laten we beginnen met de kwestie van de definitie, zodat een stevige grondslag voor de verdere discussie gelegd wordt. Ik neem aan, dat de meesten van U bekend zijn met het uitstekende overzicht van dit onderwerp, dat Dr. N o r d onlangs in het International Dental Journal gaf. In de inleiding tot dit artikel merkt N o r d op, dat er in de huidige literatuur niet te vinden is, wat nu eigenlijk onder de preventie van orthodontische anomalieën moet worden verstaan.

Opdat wij het zo straks allemaal over hetzelfde zullen hebben, als we spreken over preventieve orthodontie, zou ik Prof. B i j l s t r a willen vragen ons zijn definitie van de preventie van dento-faciale anomalieën te willen geven.

B i j l s t r a merkt op, dat preventie in engere zin betekent het nemen van maatregelen om ziekten te voorkomen en dat deze maatregelen in de orthodontie gericht moeten zijn tegen de oorzaken van de malocclusie. Strikt ge-

nomen houdt de term preventie in, dat de anomalie nooit manifest wordt. In de orthodontie geldt dit b.v. voor maatregelen, die het voortijdige verlies van snijtanden beogen te voorkomen.

Vaak houdt men een vroege behandeling ten onrechte voor preventie, hoewel het niet ontkend kan worden, dat het juist de vroege behandeling is, waarmee wij ernstige afwijkingen kunnen voorkomen.

De geleidelijke ontwikkeling van de geneeskunde als wetenschap heeft eeuwen geduurd, terwijl de groei van de orthodontie zich in 60 jaar voltrok. Daarom zochten enkelen al naar preventieve middelen, terwijl anderen zich nog met de diagnostiek bezighielden. Een ware stroom van behandelingstheorieën werd uitgestort over de arme hoofden van hen, die de orthodontie beoefenden.

In 1882, toen de orthodontie niet veel meer dan een kwestie van mechanica was, liet Robert Koch een prachtig voorbeeld van wetenschappelijk werk over de bacteriële oorzaak van de tuberculose het licht zien. Hij had geen woord gepubliceerd, vóór hij de hele keten van bewijzen gesloten had. Orthodontische afwijkingen zijn nu wel geen infectieziekten, maar deze gang van zaken is evenzeer nodig in ons vak, wil het ooit een wetenschap worden.

Kantorowicz wil iets opmerken naar aanleiding van de woorden van B a u m e. Wij moeten goed onderscheiden tussen vroege behandeling en preventie. Wij moeten ingrijpen vóór een afwijking ook maar onderscheidbaar of zichtbaar is. Dit onderscheid wordt niet altijd voldoende scherp gemaakt. Wat Dr. O l i v e r besproken heeft, behoren wij vroege behandeling te noemen. Weliswaar voorkomt deze behandeling een later slechter worden van de toestand, maar dat is per slot van rekening het doel van elke therapie.

Dit leidt ons tot het probleem: hoe moeten wij te weten komen, of kinderen, die wij nu onder behandeling krijgen, later orthodontische anomalieën zullen vertonen? Ik kan alleen een ziekte voorkomen, als ik kan aannemen, dat hij in een grote frequentie voorkomt. Dit geldt voor het geval van orthodontische afwijkingen, omdat er in feite zóveel anomalieën zijn, dat men welhaast mag aannemen, dat kinderen, waarbij men in de mond niets vindt, op den duur orthodontische afwijkingen zullen hebben.

De Voorzitter antwoordt, dat Prof. Kantorowicz in feite een uitstekende parafraze van Prof. B i j l s m a's opmerkingen heeft gegeven. Daar de preventie zich vooral richt tegen malocclusie, komt de vraag naar voren: wat zijn de oorzaken? De Voorzitter vraagt Prof. K o r k h a u s enige inlichtingen te geven over de classificatie van de oorzaken van orthodontische afwijkingen.

K o r k h a u s antwoordt, dat de vraag ten nauwste verband houdt met het probleem van de meest rationele wijze om de afwijkingen te bestrijden. Onderzoekingen in alle delen van de wereld hebben aangetoond, dat bijna 40% van de kinderen van 6 tot 8 jaar orthodontische afwijkingen hebben en dat getal neemt nog met 50% toe in de latere jaren. Wanneer men de anomalieën classificeert, wat onmisbaar is voor de prophylaxe, kunnen verschillende oorzaken gevonden worden.

De spreker zet verder uiteen, wat hem ertoe geleid heeft (met zijn leermeester Kantorowicz in Bonn) de genetische classificatie te maken. Als jonge assistent volgde hij de classificatie van E n g e l, met het gevolg, dat 70% in klasse I terecht kwam en kinderen uit één familie in verschillende klassen. Na de oorlog kwam er een andere onderverdeling, die 24 types onderscheidde, hetwelk leidde tot 2 miljoen mogelijkheden, die echter niet alle ook werkelijk

voorkwamen. Een afwijking is een samenstel van factoren; K a n t o r o w i c z spreekt van „orthodontische Krankheitsbilder”. Op deze wijze komt men tot een classificatie in de twee grote groepen van hereditaire en ontwikkelings-anomalieën. De spreker zet vervolgens zijn opvattingen in meer bijzonderheden uiteen.

De V o o r z i t t e r stelt vast, dat alle onderverdelingen tot nu toe gebaseerd waren op de therapie. Zij geven aan, hoe men de behandeling moet leiden. Voor de preventie zijn we meer gebaat bij een indeling naar de oorzaken, die ons de weg kan wijzen bij het voorkomen van anomalieën. Hij vraagt prof. K a n t o r o w i c z wat de waarde van zijn indeling voor de prophylaxe zou zijn.

K a n t o r o w i c z bevestigt, wat de voorzitter zojuist opmerkte en deelt mede, dat zijn indeling nog verder ontwikkeld wordt en dat er van de oorspronkelijke groepen steeds minder overblijven. Als het om preventie gaat, moeten reeds bestaande orthodontische afwijkingen buiten beschouwing blijven. Erfelijkheid sluit iedere preventie uit.

Rachitische kaakafwijkingen kunnen we tegenwoordig voorkomen en er zijn dan ook geen ernstige gevallen meer in Rheinland-Westfalen. De extractiegroep hebben we ook onder de knie, zij vormt geen probleem meer. Zo blijven er nog maar een paar oorzaken over, zoals inactiviteit en mondademhaling. De inactiviteitstheorie is onhoudbaar gebleken. Het is niet bewezen, dat kunstmatig gevoede kinderen ernstiger afwijkingen hebben dan borstkinderen. Wat de mondademhaling betreft, is het al niet veel anders. Een heel andere zaak is, dat mondademhaling het gevolg kan zijn van orthodontische afwijkingen.

Het is bewezen, dat 90% van de kinderen duimzuigt, terwijl de overblijvende 10% geen enkele orthodontische afwijking vertoont. Waar orthodontische anomalieën al bij zeer jonge kinderen ontstaan, is de voornaamste overblijvende groep die van de verkeerde gewoonten. Dit houdt een enorme vereenvoudiging in van de prophylactische maatregelen.

De V o o r z i t t e r vraagt de heer D u y z i n g s zijn visie op het erfelijke aspect te willen geven.

D u y z i n g s zegt, dat hij tot zijn spijt weinig waarde kan hechten aan de bestaande statistieken, omdat zij op allerlei wijzen geïnterpreteerd kunnen worden. Hij vindt, dat bij kinderen van 6 tot 7 jaar ongeveer 40% anomalieën heeft, waarvan zijns inziens een 85% aan verkeerde gewoonten is te wijten. De overige 15% zouden dus in andere groepen moeten worden ondergebracht. In Amerika gebruikt men veel de cephalomatrix, die wel enig inzicht geeft, doch het trekken van conclusies niet toelaat. Als er anomalieën zijn, die niet aan verkeerde gewoonten kunnen worden toegeschreven, onderzoekt hij ook de familie, doch hij doet geen metingen.

O l i v e r komt terug op de malocclusie. Het is altijd nodig de ernstige gevallen van klasse III te voorkomen, daar deze afwijkingen op latere leeftijd steeds een grotere invloed hebben. De spreker is van mening, dat vooral de preventie van de kruisbeet van groot belang is. Over de hereditaire aspecten heeft zijn jonge land nog maar weinig ervaring.

Spreker is sterk voor vroege behandeling. Zorg, dat de kaken goed staan en laat dan de natuur zijn gang maar gaan. Het veranderen van verkeerde ge-

woonten is altijd buitengewoon moeilijk. Natuurlijk kan de definitie van preventie als basis voor deze handelwijze niet dienen, maar in de betekenis van de preventie van ernstiger afwijkingen geldt hij zeker.

De Voorzitter vat de discussies in een paar woorden samen en vraagt de heer D u y z i n g s nog iets meer te zeggen over de kwestie van de inactiviteit.

D u y z i n g s heeft de gelegenheid gehad borstkinderen kort na de geboorte te observeren. Als men de physiologische wijze van drinken vergelijkt met het drinken uit een zuigfles (waarvan de spenen meestal uitgesproken slecht zijn) is het duidelijk, dat in het laatste geval de ontwikkeling in een andere richting wordt gedwongen dan door de natuur is bedoeld. Prof. K a n t o r o w i c z heeft gezegd, dat hij nooit enig verschil heeft gezien tussen borst- en fleskinderen, doch spreker moet tot zijn spijt een andere mening huldigen. Kort geleden heeft hij een Amerikaanse speen gezien met een soort ventiel, dat een zekere onderdruk in de fles doet ontstaan. Bovendien is het oppervlak wat hobbelig, zodat het kind er wat beter houvast aan heeft.

De duim bevat een benige kern en het is geen wonder, dat duimzuigen tot ernstige gevolgen leidt; met name tot een distale verplaatsing van de onderkaak, die later niet meer te redresseren is.

De spreker weidt verder uit over de ontwikkeling van het kaakgewricht. Hij is van mening, dat de gevolgen van een verkeerde stand van de onderkaak het gehele skelet betreffen en met name invloed hebben op de stand van het hoofd op de wervelkolom.

De Voorzitter vraagt Dr. W a t r y nog iets naders te zeggen over de invloed van de onvoldoende kauwfunctie op de ontwikkeling van de kaken.

W a t r y merkt in zijn antwoord op, dat dit op zichzelf al een onderwerp voor een congres zou zijn, doch dat men kort kan zeggen, dat onvoldoende functie verplaatsing van de kaakbotten kan veroorzaken. Hetzelfde kan gebeuren door — en dit is een vorm van verkeerde gewoonte — caries, wanneer de kaakbewegingen asymmetrisch worden uitgevoerd om pijn te voorkomen. Men ziet overigens vaak asymmetrische functies bij patiënten zonder caries. Wij moeten onze aandacht vooral gericht houden op jonge patiënten met carieuze melktanden.

Dit brengt ons tot de basis van het probleem: de preventie. Wij kunnen alleen voorkomen, wat wij kunnen voorzien, maar in de orthodontie is dit vaak onmogelijk. Functionele heropvoeding heeft als enig doel het doorbreken van de vicieuze cirkel, maar deze re-educatie is allerminst een panacee. Wat we nodig hebben is het logisch onderzoek naar het herstel van de juiste functiewijze.

De Voorzitter vraagt Dr. B e a u r e g a r d t hoe men verkeerde gewoonten kan bestrijden.

B e a u r e g a r d t bespreekt in een uitvoerig overzicht de middelen, waarover de orthodontist thans beschikt. Zij liggen evenwel geheel op het terrein van de therapie en zijn niet aan leeftijdsgrenzen gebonden, terwijl men in dit verband slechts van preventie kan spreken op zeer jeugdige leeftijd.

De Voorzitter besluit met op te merken, dat de tijd niet toelaat vele opengebleven vragen te beantwoorden. Het was het doel van Dr. Oliver's werk de ontwikkeling te *leiden* naar de volle wasdom. Het feit, dat dit doel niet licht bereikt zal worden, moet onze aandacht vestigen op de tweede fase van de preventieve orthodontie: de vroege behandeling. Zoals Dr. Nord zojuist in zijn artikel in het International Dental Journal opmerkt: „preventie betekent óók vroege behandeling, zodra anomalieën zijn vastgesteld, om ernstiger afwijkingen in het blijvende gebit te voorkomen en om zo snel mogelijk die evenwichtige harmonie tussen tanden, botten en spieren tot stand te brengen, die bij het individu past”. Of, zoals Dr. Oren Oliver het een 25 jaar geleden stelde in een artikel: „Orthodontie voor de algemene practicus”: „de vraag bij vroege behandeling is niet zozeer een kwestie van behandeling als wel van diagnostiek. Zodra we doorzien, wat de normale ontwikkeling hindert, moeten we ingrijpen. Wannéer we moeten handelen is geen vraag, als we maar weten, wat er gebeurt. Het grote probleem is om uit te maken, wat er aan de hand is”.

De spreker eindigt met de organisatoren van het congres dank te zeggen voor de gelegenheid deze belangrijke onderwerpen te bespreken.