

O O R S P R O N K E L I J K E B I J D R A G E N

PENICILLINE EN ANTISEPTICA VOOR WORTELKANAALBEHANDELING

DOOR DR. H. EGYEDI

Het onderstaande legt rekenschap af over de methode, die ik in woord en geschrift sedert 7 jaren propageer.

De methode zelf veronderstel ik grotendeels bekend bij de lezers en ik heb dit betoog dan ook in deze zin opgesteld.¹⁾ Wel wil ik U in de bijgaande figuren enige recente resultaten tonen.

Het centrale punt van mijn opvattingen is, dat een granuloom in zijn bestaan niet afhankelijk is van de in het wortelkanaal aanwezige bacteriën, maar dat het zeer wel in staat is een zelfstandig leven te leiden zonder een voortdurende aanvoer van bacteriën en toxinen uit het wortelkanaal. De therapie moet dus de bacteriën in het granuloom evenzeer bestrijden als die in het wortelkanaal.

Hiertegenover staat dus de opvatting, dat alleen de inhoud van het wortelkanaal als oorzaak der peri-apicale verandering gezien moet worden en de therapie dus slechts zou moeten bestaan uit het elimineren van deze inhoud. Deze laatste opvatting, zij het, dat ze vaak niet zo scherp wordt gesteld, is de meest gangbare op het ogenblik.

Er volgt nu een korte bespreking der beide standpunten en wel eerst de argumentatie der opponenten.

1) Een granuloom verdwijnt meestal na extractie van het element. Mijns inziens gebeurt dit niet doordat de uitsluitende bron der infectie is verwijderd, maar:

- a. doordat er een brede opening is ontstaan, waardoor het secreet kan afvloeien;
- b. door de bloeding, waardoor misschien door plotselinge grote toevoer van immuunstoffen en leucocyten de zwakke infectie wordt overwonnen.

2) F i s h e n M c. L e a n vonden in enkele histologische coupes van menselijke granulomen geen bacteriën en bijna geen leucocyten. Hun stelling was, dat alleen waar etter gevonden werd, ook bacteriën aanwezig waren; op plaatsen waar slechts een kleincellig infiltraat gevonden werd, veronderstelden zij dus geen bacteriën.

G r o s s m a n steunt zijn opvattingen in de eerste plaats op de vondsten van deze twee auteurs.

Wanneer men bedenkt, dat het buitengewoon moeilijk is in histologische coupes bacteriën te vinden bij chronische ontstekingen waar geen contrastkleuring gedaan kan worden, dan hebben m.i. de onderzoekingen van F i s h e n M c. L e a n geen bewijskracht.

¹⁾ Zie o.a. T.v.T. 59; 714 (1952).

En dit nog te meer, daar de genoemde auteurs geen serie-coupes vervaardigden.

Afgezien van eigen ervaringen over moeilijkheden, die men ontmoet bij het zoeken naar bacteriën bij chronische infecties, zou ik U nog het volgende voorbeeld willen noemen. Bij de door syphilis veroorzaakte dementia paralytica gelukte het pas na tientallen jaren zoeken aan N o g u c h i om de spirochaeten histologisch in de laesies aan te tonen.

3) Van recente datum zijn de proeven van D e W i l d e, die door grondige afsluiting van het wortelkanaal in enkele gevallen van grote abscessen volledige röntgenologische genezing heeft verkregen. Hij maakte hierbij een incisie in het absces van buiten af, maar deed geen apexresectie.

Zonder nauwkeurige kennis van alle gegevens is het mij uiteraard niet mogelijk een oordeel te vellen over deze proeven. In ieder geval gelden hier ook de principes over het opheffen der secreteretentie. Verder lijkt het mij onwaarschijnlijk, dat de aanhangers van apexresectie over de gehele wereld deze belangrijke vereenvoudiging over het hoofd gezien zouden hebben.

Nu de argumenten voor de opvatting, die ik verkondig: ²⁾

1) Voorop wil ik het volgende stellen. Voor de ontdekking der antibiotica bestond ook bij mijzelf nog een min of meer vage voorstelling omtrent de rol der infectie buiten de apex. De overtuiging, dat alle granulomen geïnfecteerd zijn, kwam bij mij pas definitief tot stand nadat ik in mijn praktijk had waargenomen, dat toevoeging van penicilline aan de altijd al door mij gebruikte antiseptica bij *lege artis* doorgevoerde behandeling een volledige röntgen-genezing gaf in 100% der gevallen, waar ik vroeger slechts een resultaat van maximaal 25% verkreeg. Op het „*lege artis*” kom ik terug.

2) In geen der klinieken, die de eerstgenoemde mening er op na houden, wordt de apexresectie niet toch nog als de zekerste methode beschouwd, ook voor de I₁, in de bovenkaak, die technisch goed tot aan de apex te vullen is.

3) Er is veel overeenkomst tussen chronische ostitiden in een willekeurig bot, en een ostitis rond de apex. Bij de eerste wordt algemeen aangenomen, dat ze geïnfecteerd zijn.

4) Natuurlijk waren er vroeger reeds onderzoekers, die mijn opvatting in meer of minder scherpe vorm verkondigden. Bij voorbeeld K a n t o r o w i c z: „Komt het na enige keren desinfectie van het wortelkanaal niet tot genezing van de fistel, dan ligt de oorzaak der secretie buiten het wortelkanaal.”

Vervolgens nog enige andere problemen:

a) Pyogene cocen zijn de oorzaak der periapicale aandoeningen. Sommigen beweren, dat een granuloom ontstaat tengevolge van een meng-infectie. Het bewijs hiervoor moet echter eerst geleverd worden voordat men zo een bewering kan ponen. Daarentegen is door S t e i n, M e y e r et al. overtuigend bewezen, dat cocen granulomen kunnen verwekken.

²⁾ Zie ook T.v.T. 59; 520 (1952).



a



b

Fig. 1. a) voor behandeling zeer losse pijnlijke praemolaar, geen fistel;
b) 6 maanden na behandeling (6 zittingen)



a



b



c

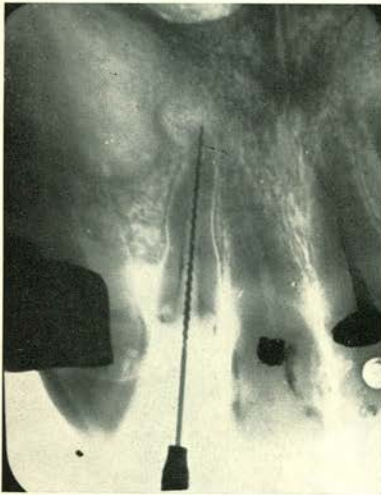
Fig. 2. a) voor behandeling; b) mesiale kanalen niet te passeren; c) flexibele wortelkanaalboor afgebroken tijdens forceren met tricr. form. penicilline depot.
Opname na 2 1/2 jaar



a) voor behan-
deling;



b) vijl stoot op
weerstand;



c) vijl geforceerd in het granuloom;



d) na 1 1/2 jaar

Fig. 3. I₂ Granuloom tot aan het ongewoon groot antrum reikend. Kromme wortelspits van periodontium ontbloot.

b) Iets over de apexresectie.

Schmuziger gaf kort geleden in een statistiek aan, dat bij onder ideale condities uitgevoerde apexresecties 80% der operaties met succes werd bekroond. Mijn methode levert een resultaat van 100% mits voldaan wordt aan de volgende twee voorwaarden:

- 1e) men moet door de apex heen kunnen komen met zijn instrumenten;
- 2e) in het wortelkanaal mogen zich geen resten bevinden van penicilline-ontledende medicamenten (jodoform, misschien zilvercement).

Mijns inziens dient daarom het indicatiegebied der apex-resectie (dat trouwens toch al lang niet alle granulomen in zich sluit) verder beperkt te worden en wel tot de volgende gevallen:

- 1e) cysten; 2e) stifttanden; 3e) eventueel bijzonder kromme wortels;
- 4e) wortels die gevuld geweest zijn met Walkhoffse paste.

c) Waarom heeft mijn methode tot nu toe niet veel weerklank gevonden.

1e) ze wordt niet systematisch beproefd wegens het grote tijdsbestek tussen begin- en eind-contrôle röntgenfoto's;

2e) wegens het niet inachtnemen van de volgende verbodsbepalingen:

- 1) te wijd openen van de apex (irritatie);
- 2) gebruik van pulpalyth, chloramine, loog, zuur H_2O_2 of eventuele andere penicilline-splitsende middelen voor verwijden van het kanaal. Ikzelf gebruik hiervoor chloorphenolkamer.
- 3) gebruik van penicilline-novocaine dubbelzouten inplaats van Na- of K-penicilline (zeer zwakke penicilline werking).
- 4) Drainage inplaats van afsluiten van pulpakamer.
- 5) infectie met speeksel op het laatste moment voor het aanbrengen der wortelvulling.
- 6) z.g. Blitzmethodes, d.w.z. in 1-2 zittingen resultaat verwachten.

Men moet rekening houden met factoren, die de desinfectie vertragen, b.v. van zijkanaaltjes uitgaande abscessen, granulomen, die om de wortel heen grijpen, langzaam binnen dringen van phenol en formaline in de zwaar necrotische en geïnfecteerde wand van het wortelkanaal.

De inhoud van de eerder gebruikte term „lege artis” zal U wel duidelijk zijn.

Overigens schijnt in Duitsland en Zwitserland een kentering ten gunste van de hier naar voren gebrachte behandelingswijze aan de gang te zijn.

Helaas echter houdt men zich slechts gedeeltelijk aan de aangegeven principes, in die zin, dat men anti-biotica en anti-septica combineert.

Een nieuw verschenen preparaat in Duitsland, Fokalmin, berust zo op de door mij gepubliceerde gegevens, zoals blijkt uit een desbetreffend artikel in de Zahnärztliche Rundschau.³⁾

Het is echter een mengsel geworden dat ik liever niet een afstammeling van mijn geestesvruchten zou willen noemen, doordat het handelsbelang

³⁾ Zahnärztliche Rundschau, 60, Sept. 1951.

bij de samenstelling ongetwijfeld een woord heeft meegesproken. Het bevat daardoor enkele stoffen, die er niet in thuis horen. Desondanks schijnt het op verscheidene Duitse klinieken voorlopig met een gunstig resultaat beproefd te worden; Guido Fischer b.v., heeft er prijzend over gesproken.

Ik ben er echter zeker van dat dit preparaat inferieur is aan het mengsel van Na-penicilline en antiseptica, hoewel de resultaten ongetwijfeld beter zullen zijn, dan met antiseptica of antibiotica alleen.

Minder goed is ook de methode van Prader (Zwitserland) die de hier boven verkondigde principes ook niet in acht neemt en bovendien de behandeling onnodig gecompliceerd maakt.

Zeer in het kort nog het „poly-antibiotic treatment“.

1) De necrotische zijkanaaltjes en hun vertakkingen laten anti-biotica absoluut niet door.

De experimenten van Shuttleworth zijn misleidend, omdat ze verricht werden met pas geëxtraheerde *niet* necrotische elementen.

Penicilline dringt alleen daar door waar vocht aanwezig is.

2) De behalve penicilline nog aanwezige anti-biotica zijn overbodig.

3) Een methode, die minder röntgen-resultaten geeft, dan die met alleen antiseptica, die zichzelf trouwens voortdurend wijzigt, lijkt mij niet aanbevelenswaardig.

4) De z.g. klinische resultaten zijn bij de beoordeling van een geneesmiddel t.o.v. een chronische ziekte, of het nu een granuloom is of tuberculose, niet beslissend. De bacteriologische tests zijn voor vergelijking der therapeutische werkzaamheid van medicamenten ondeugdelijk.