

LUXATIES VAN HET KAAKGEWRICTH *)

DOOR GAN HO TJHING hoofdassistent

Het kaakgewricht wordt gevormd door de processus condyloïdeus van de mandibula en de fossa glenoïdalis van het os temporale. De processus condyloïdeus rust in de fossa glenoïdalis, het dunste gedeelte van de schedelbasis. De voorzijde van deze fossa wordt gevormd door het tuberculum articulare en dorsaal wordt zij begrensd door een dun uitsteeksel van de proc. zygomaticus van het os temporale. De discus articularis ligt tussen de processus condyloïdeus en de fossa glenoïdalis en verdeelt het gewricht in 2 compartimenten; het geheel wordt omgeven door de capsula articularis, terwijl diverse ligamenten het geheel versterken:

Ligamentum temporo-mandibulare
„ spheno-mandibulare
„ stylo-mandibulare
„ pterygo-mandibulare
„ spino-lingulare.

Met een luxatie bedoelen wij een wijziging in de relatie van de benige oppervlakten, die het gewricht vormen.

Soorten van dislocaties:

In de literatuur worden 4 soorten dislocaties genoemd:

1. Een opwaartse. Hierbij is meestal een complicatie aanwezig. Het kan een gevolg zijn van een opwaartse slag op de kin, terwijl de mond geopend is, of een slag onder de kaakhoek bij afwezigheid van boven- en ondermolaren. Hierbij kunnen één of beide kaakkopjes door de vrij dunne wand van de fossa glenoïdalis in de schedel gedreven worden, waardoor de ramus ascendens korter lijkt en er bovendien een geringere beweeglijkheid van de mandibula bestaat. Deze luxatie komt echter weinig voor.

2. Een dislocatie naar achteren. Deze kan zijn oorzaak vinden in een slag op de kin, terwijl de onderkaak zich in rusttoestand bevindt. Hierdoor wordt de processus condyloïdeus door de benige wand van de uitwendige gehoorgang gedreven. Men zij hierop bedacht, wanneer er een bloeding in de uitwendige gehoorgang optreedt. Vanzelfsprekend wijkt de kin bij een unilaterale dislocatie naar de traumatische zijde af. Ook

*) Clinische avonden aan de Universiteit te Groningen.

dit geval komt weinig voor, want meestal breekt het collum vóór het tot dislocatie komt.

3. Een laterale dislocatie. Zeer zelden voorkomend, doordat het gewrichtskapsel op zij versterkt wordt door het zeer stevige ligamentum temporo-mandibulare. Deze dislocatie komt eigenlijk alleen voor bij fracturen van het collum, van de ramus ascendens of bij retro molaire fracturen: Het kopje wordt door de slag en spiertractie naar lateraal uit de kom gedrongen.

4. Een voorwaartse dislocatie. Deze meest voorkomende vorm is soms gecombineerd met een fractuur. Men vindt hem frequenter bij vrouwen dan bij mannen en vaak bij meisjes met een asthenische habitus.

Bij gesloten mond rust de processus condyloïdeus in de fossa. De openingsbeweging bestaat uit een draaiing en een naar voren bewegen, waarbij het kaakkopje tegen het convexe tuberculum articulare komt te liggen. Wanneer nu echter, bij een geforceerde beweging het kopje te ver naar voren gaat, schiet het over het tuberculum articulare heen en wordt in die positie vastgehouden, waarbij de bepalende factor meestal een overactiviteit is van de musculus pterygoïdeus externus bij wijd geopende mond. Deze spier ontspringt aan de processus pterygoïdeus, verloopt bijna horizontaal naar achteren en lateraal en insereert aan de fovea pterygoïdea onder de processus articularis van de mandibula, terwijl bovendien enkele bundels aan het kapsel zijn vastgehecht. Een ruptuur van het kapsel is mogelijk, doch deze blijft meestal achterwege. Een dislocatie naar voren veroorzaakt door een slag is een zeer zelden voorkomend verschijnsel. In dit geval moet het een naar beneden gerichte slag op de kin zijn, bij wijd geopende mond, waarbij de mandibula a.h.w. draait om een transversale as, die verloopt in de buurt van het foramen mandibulare. Wel zien we zo'n luxatie nogal eens na extractie optreden. Hier vindt de dislocatie niet in de eerste plaats zijn oorzaak in de kracht van het extraheren, maar in de spieractie bij het te wijd openen van de mond en voornamelijk in de slapte van het gewrichtskapsel. Komt zo'n luxatie vaak voor bij een patiënt, dan spreken we van habituele luxatie, waarbij het gewrichtskapsel weinig beschadiging vertoont, terwijl de positie van de meniscus onzeker is.

De symptomen zijn:

- 1e. Bij een bilaterale voorwaartse luxatie is de kin in zijn geheel naar voren geschoven, terwijl een unilaterale luxatie een deviatie te zien geeft naar de gezonde zijde, een belangrijk differentiëel diagnostisch symptoom i.v.m. een eenzijdige capitulum-fractuur, die een deviatie van de mediaanlijn naar de zieke kant veroorzaakt.
- 2e. Open beet.
- 3e. Moeilijk spreken of slikken.
- 4e. Kauwen is zeer moeilijk.

Indien niet ogenblikkelijk gereponeerd kan worden, kan men met de repositie wachten tot de abnormaal gestrekte of gedraaide ligamenten en spieren hun normale tonus hebben herkregeen. Bij de repositie moet



Foto 1

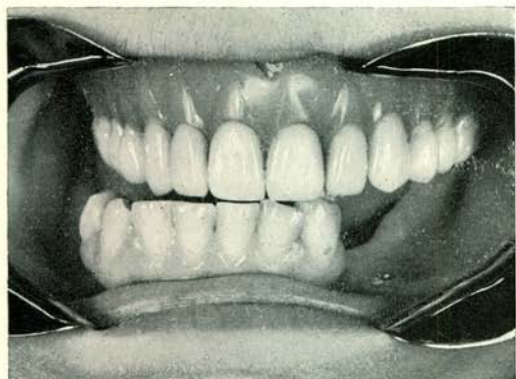


Foto 2



Foto 3

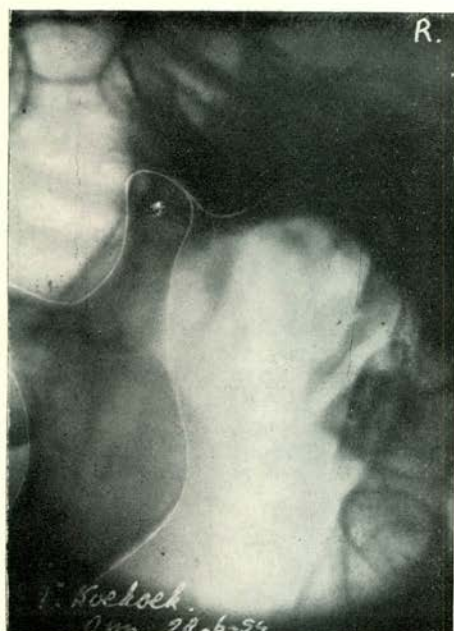


Foto 3a

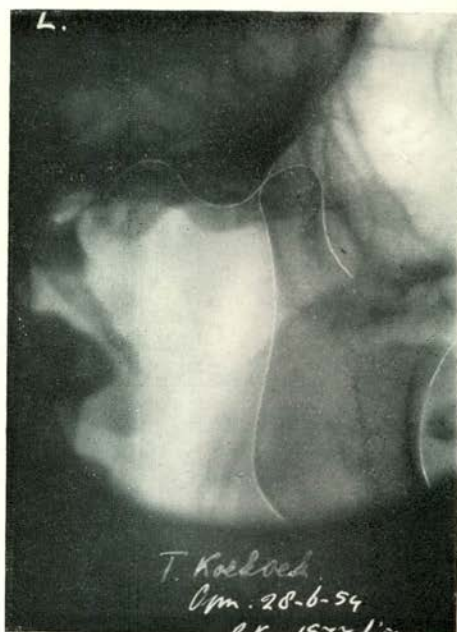


Foto 3b

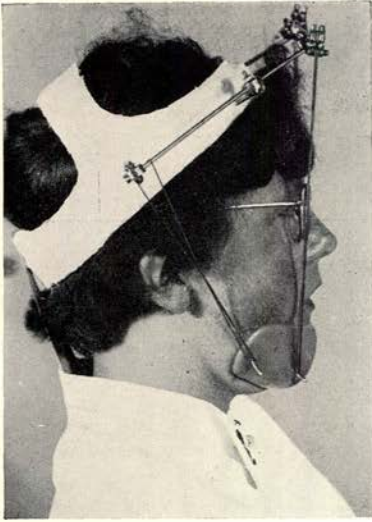


Foto 4

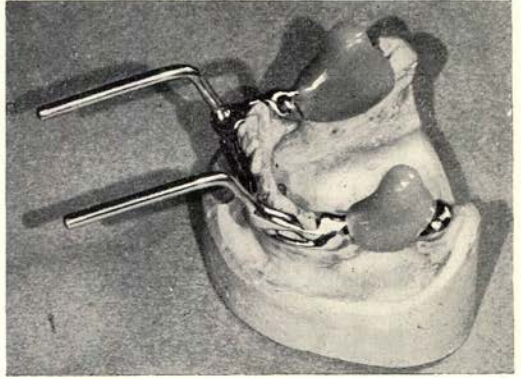


Foto 5



Foto 6



Foto 6a

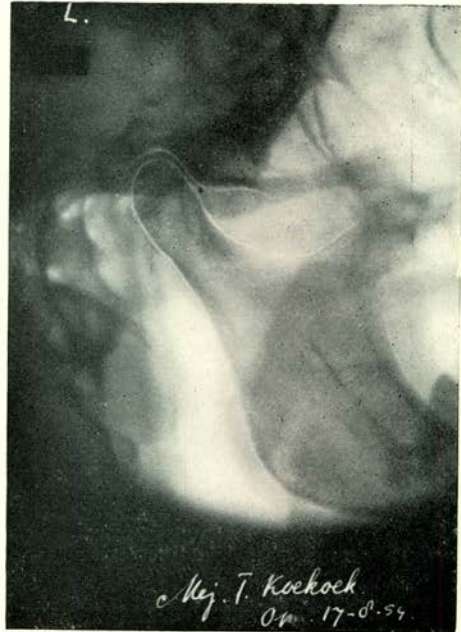


Foto 6b

vaak gebruik worden gemaakt van een narcose of roes. De repositie geschiedt manueel. De omwikkelde duimen worden op de occlusale vlakken van de onder-molaren geplaatst, de mandibula wordt stevig beetgevat, een druk naar beneden uitgeoefend en tegelijkertijd de kin omhooggedrukt. Het kopje wordt aldus naar beneden en naar achteren verplaatst. Na de repositie komt dan de retentie door middel van hoofd- en kinkap of door intermaxillaire elastiek-spanning. Indien de luxatie niet wordt gereponeerd zullen de spieren en ligamenten zich aan de nieuwe positie aanpassen.

Een mooi voorbeeld van het aanpassingsvermogen zagen we bij één onzer patiënten, die na een kiesextractie rechts onder, een luxatie kreeg van het linker capitulum (fig. 1 en 2). Vijf weken later werd de patiënt pas doorgezonden. Er was een deviatie van de kinpunt naar rechts. Onmiddellijk na de luxatie was patiënt niet in staat geweest te kauwen, doch na enige tijd had de onderkaak zich t.o.v. de bovenkaak zodanig aangepast, dat er weer een redelijk kauwvermogen ontstond. Hier bleek het gelukkig nog mogelijk onder locale anaesthesie de verouderde luxatie manueel te reponeren. Gelukt de repositie onder locale of algehele anaesthesie niet, dan kan een chirurgische ingreep baat brengen. Dat hiertoe niet al te snel besloten moet worden, moge blijken uit een voorbeeld van één onzer patiënten, die op 26 Juni 1954 door de chirurg naar onze kliniek werd verwezen, nadat enkele vergeefse pogingen tot repositie van een dubbelzijdige luxatie gedaan waren.

De anamnese luidde als volgt:

3 maanden geleden heeft patiënte enkele kiezen laten trekken en heeft daarna direct pijn aan beide kaakgewrichten gekregen. Daarna heeft ze een week in bed gelegen met een zwelling van beide wangen, waarbij aan ontsteking werd gedacht, die met penicilline werd behandeld. Deze zwelling was verdwenen, toen de patiënt bij ons binnenkwam. Kennelijk waren wonddoedeem en infiltraat aangezien voor een ontstekingszwelling. Patiënte merkte echter, dat ze de kiezen nog steeds niet op elkaar kon krijgen; ook had zij doorlopend pijn aan de gewrichten, vooral 's ochtends bij het ontwaken.

Het onderzoek leverde het volgende op:

Drukpijnlijkheid t.p.v. de kaakgewrichten. De mandibula was in zijn geheel naar voren geschoven en niet normaal beweeglijk (fig. 3, 3a en 3b). Boven draagt patiënte een totale prothese, terwijl van de onderelementen nog aanwezig zijn P_2 links tot P_2 rechts en de M_3 is. Occlusie was niet te verkrijgen. Er bestond een open beet van ongeveer 1 cm in het front, terwijl de maximale mondopening ruim $2\frac{1}{2}$ cm bedroeg. Een poging tot repositie onder locale anaesthesie gelukte niet. Toen werden er afdrukken genomen van het ondergebit. Op 30 Juni werd een onderprothese met opbeet in de molaarstreek links en rechts geplaatst, met de bedoeling, op deze manier een draaipunt in de molaarstreek te verkrijgen, zodat de kaakkopjes zich naar beneden en naar achteren konden verplaatsen, wanneer door middel van elastieken uitgespannen tussen een kin- en een hoofdkap tractie werd uitgeoefend (fig. 4).

Twee dagen later was de mondopening ± 3 mm kleiner geworden, doch enkele dagen later bleek, dat de toestand er niet op vooruit was gegaan, alhoewel grotere elasticiteitsspanning werd toegepast.

Hierna werd een gegoten vitallium spalk met extra-orale extensies en dezelfde opbeet vervaardigd, met de bedoeling een grotere hefboomwerking te verkrijgen. De spalk werd aan de onderelementen geligeerd en elastieken aangebracht tussen de extensies en de hoofdkap (fig. 5). Na drie dagen was de mondopening aanzienlijk kleiner geworden en werd besloten onder pentothal-lachgas narcose de mandibula verder manueel te reponeren, aangezien het kapsel nu voldoende uitgerekt leek te zijn. Dit gelukte nu inderdaad vrij gemakkelijk (fig. 6 en 6a en 6b). De spalk werd verwijderd en de hoofd- en kinkap weer aangebracht, waardoor de mondopening werd beperkt en een hernieuwde luxatie voorkomen. Bij controle 2 dagen later bleek er weinig pijn en geringe zwelling te bestaan. De hoofd- en kinkap werden nog 14 dagen gedragen, terwijl de elasticiteitsspanning langzamerhand verkleind werd. Na deze 14 dagen kon de mond vrijwel normaal geopend worden. De hoofd- en kinkap werd gedurende nog 2 weken alleen bij het eten en 's nachts gedragen. Op 2 October verscheen patiënte voor de laatste controle. Er bestonden toen nog slechts zeer lichte subjectieve klachten als een gevoel van enige stijfheid en patiënte werd als genezen ontslagen.