

INGEZONDEN

SUBPERIOSTALE IMPLANTATIE ALS STEUN VOOR EEN PROTHESE BIJ TANDELOZE PATIËNTEN

Naar aanleiding van bovengenoemde methode, die door Amerikaanse clinici is gelanceerd en die ook in Nederland navolging heeft gevonden, (zie Tijdschr. Tandheelk. 1954, afl. 3; 1955, afl. 2 en 3) mogen wellicht enige opmerkingen worden gehoord van een practicus, die het probleem van patho-histologisch standpunt beschouwt.

De mens is — grof materialistisch gesproken — te beschouwen als een samenstel van een zeer groot aantal wonderbare levende organen, welke naar buiten toe overal zijn bedekt met het huidorgaan. Dit laatste (opperhuid, mucosa, glazuur etc.) vormt met zijn epitheellagen een levende barrière tegen mechanische, thermische, toxische, bacteriologische en andere traumata der buitenwereld.

Wordt de continuïteit dezer barrière ergens, bv. door een snede, verbroken, dan tracht het lichaam de toegebrachte schade te herstellen. Dit kan op verschillende wijzen geschieden:

1. per primam, bij kleine wonden zonder zichtbaar litteken en zonder infectie;
2. per secundam, zoals het geval is bij diepe, geïnfecteerde wonden: vorming van granulaties en (secundair) epithelisering; veelal zichtbaar litteken door sterke weefselkrimp.

Wanneer bij een wond (al dan niet met granulaties) de neiging tot epithelisering uitblijft, dan ontstaat een ulcus, dus een zuiver pathologische toestand met te verwachten nadelige gevolgen, bv. maagzweer, decubitus, granuloom.

Bij een subperiostale implantatie nu wordt een aanzienlijke beenwond gemaakt, het implantaat wordt er in aangebracht, de mucosa tot op vier pijleropeningen (die later tot fistels worden) dichtgenaaid. Primair genezen kan alleen het dichtgehechte gedeelte der mucosa, de beenwond is van haar natuurlijke wachtpost en voedingsbodem, nl. het periost met zijn zenuwen en bloedvaten, beroofd; een hereniging van been en periost is door het implantaat onmogelijk gemaakt. De prikkeling als gevolg van het corpus alienum (het implantaat) leidt tot de vorming van granulaties, die trachten het implantaat uit te stoten, wat natuurlijk niet gelukt. Doch de granulaties tasten door middel van osteoclasten ook het bot aan, ten einde de positieve druk op het been te elimineren. De aantasting nu wordt wel bewerkstelligd, de eliminering van de positieve druk echter niet: aldus wordt het beenweefsel geresorbeerd, tot er in de bovenkaak een perforatie naar het antrum (eventueel neusholte), in de onderkaak een fractuur optreedt. Dit proces wordt nog verhaast door de bijkomende druk van de prothese en door de kauwdruk, die volgens Amerikaanse gegevens tot ongeveer 30 kg kan worden verhoogd (terwijl de kauwdruk bij een gewone prothese niet meer dan 5 kg bedraagt); immers het periost met de bijbehorende zenuwvezels is uitgeschakeld.

Iedere positieve druk op been, vooral wanneer het van zijn periost is beroofd, heeft resorptie door osteoclasten tot gevolg, dit in tegenstelling tot de trekkracht,

d.i. negatieve druk, die altijd tot appositie, d.i. beenvorming door osteoclasten, leidt. Bewijs: Het menselijke lichaam heeft de resultaten van de trekkracht ook in de phylogenie gedemonstreerd in de vorm van verschillende tubera, processus (mastoideus, coronoideus, styloideus), lineae (mylohyoidea), spinae, etc., die secundair onder de invloed van ligamenten en peesaanhechtingen zijn gevormd. De natuur demonstreert het nog altijd: onder invloed van een zuigkamer (zonder gummi-zuiger) in een prothese heeft steeds locale appositie van been plaats, door de negatieve druk-, d.i. trekkracht op het periost. Een granulerende wond, of soms zelfs perforatie van het verhemelte, komt alléén voor bij sterke positieve druk, te voorschijn geroepen door een slechte zuiger. Trouwens iedere prothese leidt als gevolg van de permanente positieve druk tot atrophie van de kaakranden. Het verschil in werking tussen positieve en negatieve druk betekent toch ook in de orthodontie een gewichtige factor bij de therapie. Een ander voorbeeld van positieve druk is het Karolyi-effect, een begrip, bekend uit de parodontologie.

Door het in Amerika gepropageerde prothese-implantaat nu wordt kunstmatig een reuzengranuloom, d.w.z. een ulcus met vier fistelopeningen uitgelokt; dit is m.i. te beschouwen als een vuistslag in het gezicht van de conserverende tandheelkunde, welker alpha en omega is: vermijden van haardinfectie. Met betrekking tot deze Amerikaanse vinding zou H u n t e r, thans evengoed als in 1910, kunnen spreken van „een (ditmaal) stalen mausoleum in de mond, product van een septische tandheelkunde, die bij patiënt en practicus een gevoel van bevrediging over prima Amerikaans werk tevoorschijn roept”. Men bedenke dat Amerika nu eenmaal het land van de reclame en van de uitersten is.

De genoemde behandeling is dus als een mislukking te beschouwen, immers:

1. Het subperiostale metaalimplantaat is met de buitenwereld verbonden door vier fistels: het is en blijft een corpus alienum in het bot;
2. Het natuurlijke herstel van de beenwond wordt door het implantaat verhinderd: het periost met bloedvaten en zenuwen, als bewaker en voedingsbodem van het bot, is uitgeschakeld; het been is daardoor minder bestand tegen een trauma;
3. De permanente positieve druk, uitgeoefend door implantaat, bijbehorende prothese en vooral door de kauwactie, is funest voor het bot; dit wordt geresorbeerd, zolang de positieve druk aanhoudt;
4. Door deze ongunstige omstandigheden wordt een vorm van haardinfectie uitgelokt, welke slechts nadelige gevolgen kan hebben.

Al deze factoren in aanmerking genomen kan ik deze vorm van implantatie niet anders zien dan als een doodgeboren kind, dat m.i. zo gauw mogelijk, zonder veel tam-tam dient te worden begraven.

Nijmegen, 1 Mei 1955

Dr. M. B l ü m l, tandarts