

EEN GEVAL VAN CONGENITALE MISVORMING VAN DE  
LINKER RAMUS ASCENDENS VAN DE MANDIBULA \*)

DOOR J. L. BECKER, assistent

De patiënte, die ik U slechts door middel van enig fotomateriaal kan demonstreren, heeft een congenitale misvorming van de linker ramus ascendens van de mandibula, een uiterst zeldzame afwijking. Wanneer wij de patiënte bezien, dan valt ons allereerst op de zeer sterke asymmetrie van het gezicht met een uitgesproken kinpuntafwijking naar links (afb. 1), terwijl bovendien de linker oorschelp gereduceerd blijkt te zijn tot enige knopvormige aanhangsels en ook de uitwendige gehoorgang niet te zien is (afb. 2).

Bij palpatie blijkt de horizontale tak van de mandibula tot en met de kaakhoek normaal af te tasten, doch verder omhoog gaande langs de achterrand van de opstijgende tak voelen wij geen benige ondergrond meer en ontmoeten we slechts weke delen. Van een kaakkopje en een kaakgewricht is niets te ontdekken.

Bij openen van de mond zien we de kinpunt nog verder naar links afwijken.

Bij inwendig onderzoek blijkt dat de patiënte edentaat is en een totale prothese draagt, die zij echter niet kan gebruiken. De processus alveolares zijn normaal gevormd: slechts is de linker horizontale tak iets korter dan de rechter.

Merkwaardig is overigens dat de moeilijkheden van patiënte met haar prothese niet zijn gelegen in het feit dat ze een scheve onderkaak heeft, doch in de uitgesproken alveolaire protrusie van de bovenkaak.

In het röntgenbeeld (afb. 3 en 4) zien we duidelijk dat aan de linker zijde zowel de processus condyloïdus als de processus muscularis gereduceerd zijn tot enige kleine puntvormige beenstukjes en de opstijgende tak, vergeleken met de rechter-zijde, in zijn geheel sterk verkleind is. Van een kaakgewricht, i.c. kaakkopje, gewrichtspan en tuberculum articulare is niets te zien. Ook de meatus acusticus externus ontbreekt in het röntgenbeeld. Verder bleek de C<sub>5</sub> geïmpacteerd te zijn. Aan de rechterzijde vinden wij een volkomen normaal beeld.

Een overzicht van de literatuur levert slechts weinig op en wordt bemoeilijkt door de verscheidenheid van namen die men aan dit ziektebeeld heeft gegeven, o.a. congenitale agenesie, hypo-agnathie, con-

\*) Bijdrage voor de klinische avond voor tandartsen te Groningen, 3 Juni 1955.



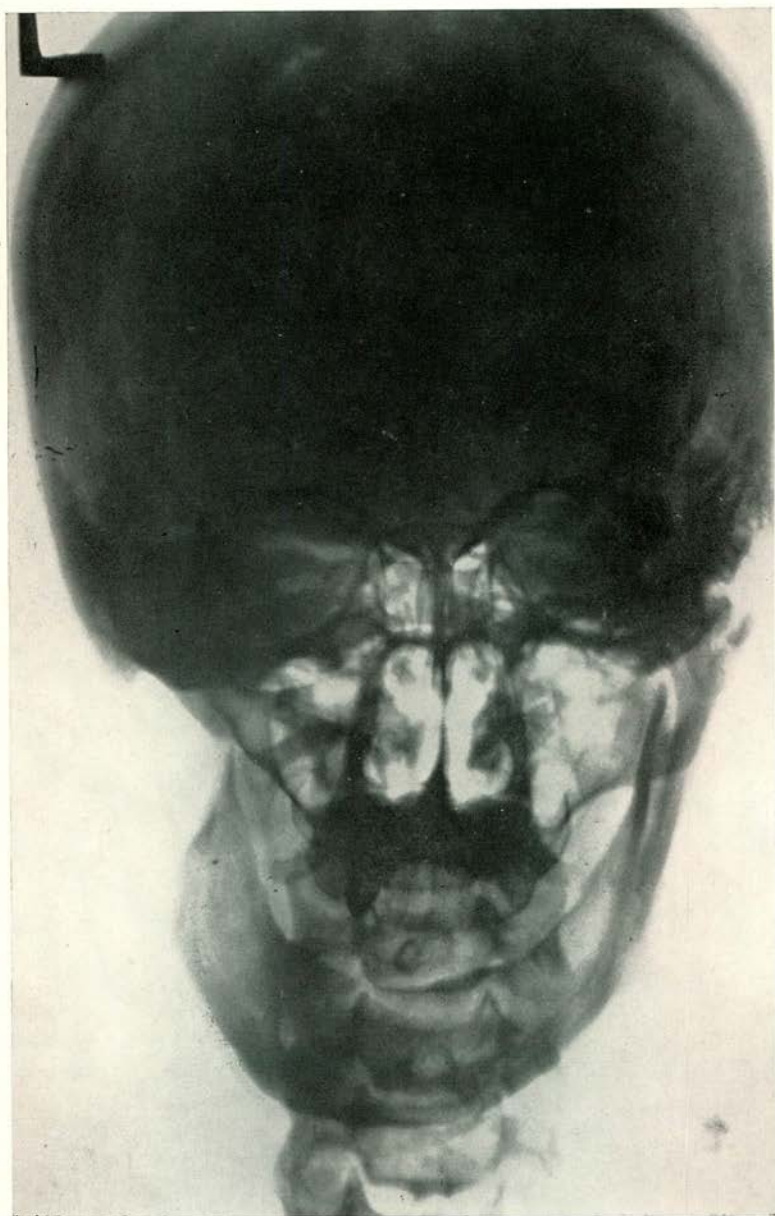
Afb. 1



Afb. 2



Afb. 4



Afb. 3

genitale dislocatie. K a z a n j i a n publiceerde in 1940 een 5-tal gevallen, waarbij bij één een plastiek werd gedaan, met gunstig resultaat. Alle auteurs zijn het er over eens dat het een zeldzaam ziektebeeld is, waarbij men omtrent de aetiologie volkomen in het duister tast.

We weten dat de mandibula gevormd wordt uit het kraakbeen van M e c k e l, als onderdeel van het skelet van de eerste kieuwboog en ook dat een gedeelte van het os temporale en de jukboog hieruit voortkomen, zodat het ons niet verwondert dat we deze afwijking gepaard zien gaan met afwijkingen aan het binnenoor, de oorschelp en soms ook de jukboog. Ook wordt een combinatie met macrostomie genoemd. Onderzoekingen hierover zijn evenwel schaars en vallen binnen 't terrein van de experimentele embryologie.

Onderzoekingen van E n g e l en B r o d i e wezen uit dat er een groeicentrum is in het kaakopje, dat een epiphyseachtige groei van de ramus ascendens bewerkstelligt, ongeveer analoog met de enchondrale epiphysaire groei van de lange pijpbeenderen. Ook zou de mandibula meerdere groeicentra hebben, met name aan de achterrand van ramus ascendens, de processus coronoïdeus en de processus alveolaris. De grootste activiteit van dit groeicentrum zou vallen gedurende de embryonale ontwikkeling en de eerste levensjaren en geleidelijk afnemen om geheel tot stilstand te komen op 16—20-jarige leeftijd. Vernietiging of verstoring van deze groeicentra, door wat voor oorzaak dan ook vóór of ná de geboorte, door infecties, traumata, neoplasma, endocrine afwijkingen etc., resulteren in een achterblijven in groei van de betrokken mandibula-zijde. Omtrent de congenitale oorzaken van de afwijking die wij thans bespreken, tast men nog in het duister. Sommige auteurs menen dat de oorzaak gezocht moet worden in een stoornis van de vaatvoorziening, andere in endocrine stoornissen, weer andere in een trauma of infectie voor de geboorte. Waarschijnlijk kunnen vele factoren een rol spelen.

Wat de heredititeit betreft is niets met zekerheid bekend. In het geval van onze patiënte was uit de familieanamnese niets op te maken. Merkwaardig is echter dat zij een tweelingzuster heeft die een, zij het slechts geringe afwijking aan de linker oorschelp vertoont. Bovendien is de linker oorschelp in zijn geheel kleiner dan de rechter. Het röntgenbeeld was bij haar volkomen normaal.

De therapie kan zijn plastisch-chirurgisch, waarbij een beenstuk wordt geïmplanteerd tussen de kaakhoek en het os temporale, gevolgd door een gewrichtsplastiek, wanneer het transplantaat is ingeheelde.

In het geval van onze patiënte hebben wij volstaan met het doen van een processus-correctie in het bovenfront, waardoor een betere verhouding ontstond tussen onder- en boventandboog. Tevens werd toen de geïmpacteerte C<sub>55</sub> verwijderd. Daarna werd een nieuwe volledige prothese voor haar vervaardigd, die aan het cosmetisch effect weinig heeft veranderd, doch aan redelijke functionele eisen voldoet.

*Literatuur:*

1. K. H. T h o m a (1944). Oral pathology.

2. V. H. Kazanjian (1940). „Congenital absence of the ramus of the mandible”.  
American Journal of Orthodontics and Oral Surgery (1940) **26**, blz. 175.
3. Milton B. Engel and Allen G. Brodie (1948). Oral surgery,  
oral medicine and oral pathology. I. blz. 790.