

EEN GEVAL VAN ARTHRITIS *)

DOOR G. BOERING, ASSISTENT

Op 15 november 1956 bezocht een 45-jarige vrouw (p.k. 2973/56) de polikliniek voor mondheilkunde met een pijnlijke zwelling voor haar rechter oor, welke ongeveer in de tijd van een week was opgekomen.

Ongeveer veertien dagen geleden waren door haar tandarts in twee zittingen alle gebitselementen geëxtraheerd onder lokale anesthesie. De verdoving was volgens de patiënte nogal moeilijk gegaan, de extractie was echter vrijwel zonder moeilijkheden verlopen. Er traden geen nabezwaren op en de eerste dagen na de extractie heeft zij gewoon haar werk kunnen doen. Bijna een week na de extractie voelde zij zich ziek worden, ze kreeg huilbuien en was erg nerveus. Er ontstond een heftige pijn rechts in de bovenkaak en zij kreeg tevens hoofdpijn. De pijn werd steeds erger en langzamerhand werd er een zwelling voor het rechter oor zichtbaar. Daar zij zich erg ziek begon te voelen, consulteerde zij haar huisarts, die haar tenslotte instuurde. Bij navraag vertelde ze, dat ze enkele maanden geleden een ontstoken tandwortel had gehad. Twee jaar geleden was er al eens geïncideerd, daarna was het nog een paar maal dik geweest. Dit proces was echter waarschijnlijk in de C_{ss}-streek gelokaliseerd. Zij voelde zich hierbij nooit ziek. Toen het gebit geëxtraheerd werd, was er geen duidelijke ontsteking.

Patiënte was verder altijd goed gezond en heeft de laatste tijd geen ernstige infectieziekten doorgemaakt. De eetlust was aanvankelijk nog goed, doch de laatste dagen heeft ze in 't geheel niet geeten. Zij kon de mond vrijwel niet meer openen; er waren echter geen slikklachten. Reeds enige dagen had ze koude rillingen en erge dorst.

Bij het uitwendig onderzoek werd voor het rechter oor een vrij grote niet circumscripde zwelling gevonden met een deegachtige consistentie. Deze was erg palpatie-pijnlijk, vooral op het gewricht; de patiënte voelde de pijn „diep in de kaak” (fig. 1).

De kleur en de temperatuur van de zwelling waren niet duidelijk verschillend met die van de andere, gezonde zijde. De mondopening was zeer beperkt, er was met moeite een vinger tussen de processus alveolaris superior en inferior te brengen. Elke poging tot vergroting van de mondopening was zeer pijnlijk in de gewrichtsstreek rechts. Door de geringe beweeglijkheid waren de capituli moeilijk te palperen. Ofschoon dit rechts bovendien nog bemoeilijkt werd door de vrij sterke zwelling

*) Bijdrage klinische avond voor tandartsen te Groningen op 7 december 1956.

van de weke delen, werd toch de indruk verkregen, dat het rechter capitulum iets naar voren was verplaatst. De submandibulaire lymfeklieren aan de rechter kaakhoek waren gezwollen en palpatiepijnlijk. Er was geen duidelijke mediaanlijnafwijking van de kinpunt en, doordat het gebit was geëxtraheerd, hadden wij in deze ook geen houvast aan de occlusie.

Bij het onderzoek van de mondholte werd een groot aantal extractiewonden in onder- en bovenkaak gevonden, welke er echter alle normaal uitzagen, voor zover dit, door de trismus, was na te gaan. De processus alveolaris vertoonde geen abnormale zwellingen. Ook op de röntgenstatus werden geen afwijkingen gevonden. De farynxbogen hadden normale contouren. De rechter papilla salivalis superior was niet hyperemisch en bij druk op de parotis vloeide macroscopisch normaal speeksel af.

De zeer sterke trismus en de pijn in het gewricht bij het verder openen van de mond, alsmede de zwelling en pijnlijkheid van de omgevende weke delen, samen met de slechte algemene toestand, wezen sterk in de richting van een infectieuze arthritis.

Differentieel diagnostisch komen in aanmerking:

1. Een parotitis of absces in de parotisloge.
Dan zou echter alleen de bovenste kwab zijn aangetast daar het oorletje niet was opgelicht, terwijl er bij druk op de parotis macroscopisch normaal speeksel afvloeide.
2. Een parafaryngeaal absces.
Het ontbreken van slikklachten en de afwezigheid van een uitbochtiging in de farynx maakten dit eveneens onwaarschijnlijk.
Voor een retromaxillair absces leek het proces te oppervlakkig.
3. Een acute reumatische arthritis.
Een typische klacht hiervoor zoals het verspringen van de aandoening ontbrak hier.
4. Een acute fase van een chronische arthritis of een arthrosis.
Hierbij ontbreken echter meestal de ernstige algemene symptomen.
(De Rose test leverde geen bijzonderheden op).
5. Een monarthrit gonorrhoeica is zo zeldzaam dat deze wel buiten beschouwing kan blijven.
6. Een trauma.
Hiervoor kon in de anamnese geen aanknopingspunt gevonden worden.

Van beide gewrichten werden röntgenfoto's gemaakt. De gewrichtspleet, d.w.z. de ruimte op de x-foto tussen de benige grenslamellen van capitulum en fossa bleek rechts ongeveer twee maal zo groot te zijn als links, waarschijnlijk t.g.v. een ophoping van vocht binnen de gewrichtskapsel (fig. 3).

Daar het voor het behoud van het gewricht van het grootste belang is, dat eventueel aanwezige pus zo snel mogelijk kan afvloeien, werd besloten het gewricht te punteren. Door de zwelling en de trismus was dit erg moeilijk, er werd geen pus gevonden.

Gezien de slechte algemene toestand werd besloten de patiënte op te nemen. Bij het algemeen lichamelijk onderzoek werd gevonden, dat de lichaamstemperatuur 39.9° C was, terwijl de B.S.E. sterk verhoogd was. Het bloedbeeld was normaal. Er waren verder geen ernstige afwijkingen.

Daar bij punctie geen pus was gevonden kon helaas niet van te voren worden bepaald voor welk antibioticum de kiemen het meest gevoelig zouden zijn, hetgeen voor een doelbewuste en snelle therapie van groot belang is. Hoe eerder de ontsteking wordt bedwongen, hoe minder het gewricht beschadigd zal worden. Er werd daarom voorlopig begonnen met 1.000.000 E. penicilline en 1 gram streptomycine per dag. Bovendien werd een vochtig verband aangelegd om het rijpen van de ontsteking te bevorderen.

Gezien de slechte algemene toestand werd aanvankelijk het meest voor de diagnose „septische arthritis” gevoeld.

Door de extractie zou het tot een bacteriemie zijn gekomen, waarna de kiemen zich in het kaakgewricht zouden hebben genesteld, om daar na een zekere incubatietijd een ontsteking te geven. Het gelukte niet bacteriën uit het bloed te kweken, hetgeen echter geen absoluut criterium is voor het al of niet aanwezig zijn van infectiekiemen in de bloedbaan.

Daar er na vijf dagen nog geen fluctuatie was werd nogmaals op twee achtereenvolgende dagen het gewricht gepuncteerd, er werd echter geen pus gevonden. In de omslagplooï naast het rechter tuber werd nu een zwelling zichtbaar, welke erg palpatiepijnlijk was. Daarom werd de volgende dag onder narcose retromaxillair gepuncteerd hetgeen ongeveer 40 cc pus opleverde. Voor drainage werd toen in de omslagplooï gecincideerd. De pus vertoonde geen putride foetor, zoals dit vaak het geval is bij abscessen, welke door de mondflora worden veroorzaakt. Microscopisch werden enkele Gramnegatieve staafjes en Grampositieve coccen gevonden. De bloedkweek was wederom steriel.

Na de pusafvloed welke nog twee dagen aanhield, verbeterde de algemene toestand van de patiënte snel, vooral toen bovendien overgegaan werd op chloromycetine, daar bij kweek van de bacteriën, welke tot de viridansgroep behoorden, was gebleken, dat deze hier zeer gevoelig voor waren. Voor penicilline waren ze weinig en voor streptomycine matig gevoelig. Hieruit blijkt nog eens weer het belang van een resistentiebepaling.

De zwelling begon daarna langzamerhand af te nemen, de trismus was echter vrijwel volledig geworden. Zo gauw de toestand van de patiënte dit toeliet, werd zij aangespoord, met behulp van haar vingers, de mond verder te openen, opdat zo spoedig mogelijk een totale gebitsprothese gemaakt zou kunnen worden. Deze is namelijk van het grootste belang voor het voorkomen van een a-fysiologische belasting van het, door het ontstekingsproces beschadigde gewricht. Op basis van een purulente arthritis kan gemakkelijk een arthrosis ontstaan. Ofschoon aanvankelijk de gewrichtsbanden door het exsudaat worden opgerekt, wordt dit meestal spoedig gevolgd door een littekencontractie. Bovendien kunnen er vergroeiingen in de afzonderlijke gewrichtsspletten optreden met typische bewegingsbeperkingen. Om deze contractie enigszins te



Fig. 1. Diffuse zwelling van de rechterwang, welke niet de karakteristieke lokalisatie vertoont van een zwelling tengevolge van een arthritis

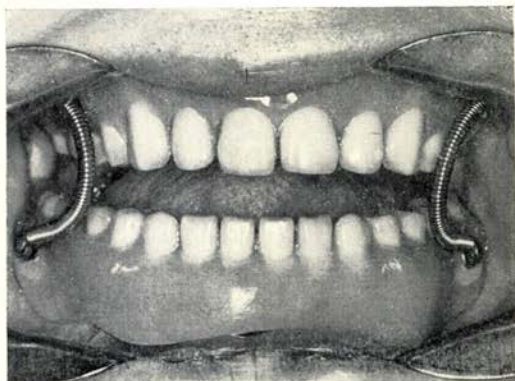


Fig. 2. Prothese met naar dorsaal open gebitsveren in situ

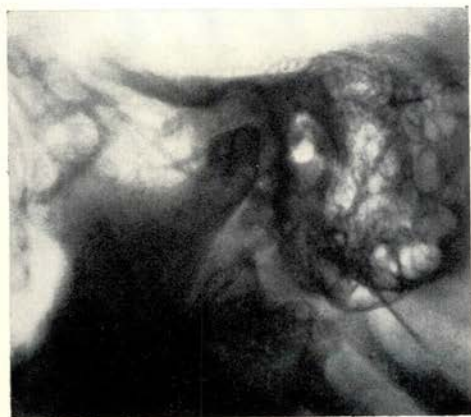


Fig. 3. De röntgenfoto van het rechter kaakgewricht, gemaakt volgens de techniek van Schüller vertoont een zeer sterk verbrede gewrichtsspleet



Fig. 4. De röntgenfoto volgens dezelfde techniek met gesloten mond na genezing van de ontsteking vertoont een vrijwel weer normale breedte van de gewrichtsspleet

beperken werden aan de prothese vrij sterke gebitsveren bevestigd, welke naar dorsaal open zijn, dus net andersom dan zij vroeger gebruikt werden om een totale prothese op zijn plaats te houden. Behalve, dat zij een distractie in het gewricht geven, met als gevolg een ontlasting der gewrichtsoppervlakken, sporen zij de patiënt onwillekeurig aan tot actieve sluitbewegingen, daar de mond door de veren steeds passief geopend wordt.

Dit alles draagt er toe bij de rust-roesttoestand in het gewricht te voorkomen (fig. 2).

Mocht na enige tijd blijken, dat bovenstaande apparatuur niet voldoende vermindering van de trismus geeft, dan wordt tussen onder- en bovenprothese een soort expansieschroef geplaatst, welke drie maal daags zo ver mogelijk wordt uitgedraaid. Dat deze methode heel wat minder traumatisch is dan de Heysterse klem behoeft geen betoog.

Ofschoon de purulente arthritiden vaak wel gepaard gaan met een beschadiging en daardoor weerstandsvermindering van het gewrichtskraakbeen, komt het meestal bij volwassenen niet tot een verloren gaan van de discus en tot een ankylose. Ontstaat een ankylose op jeugdige leeftijd, dan zijn sterke deformaties in de vorm van een gezichtsasymmetrie of een vogelgezicht veelal het resultaat.

Zolang het gewricht nog pijnlijk is krijgt de patiënt voornamelijk zachte kost, welke zoveel mogelijk aan de zieke kant wordt gekauwd, daar dit de minste pijn veroorzaakt. Wanneer het gewricht niet meer pijnlijk is wordt de patiënt aangeraden aan de gezonde zijde te kauwen. Men tracht hiermee te bereiken, dat het verstijfde gewricht zoveel mogelijk gemobiliseerd wordt en de bewegingen van de onderkaak zo goed mogelijk symmetrisch worden. Gebeurt dit niet, dan zal de patiënt aan de zieke kant blijven kauwen, omdat dit het gemakkelijkst gaat, met als gevolg een toenemende immobilisatie van dit gewricht, terwijl in het gezonde gewricht de propulsieve bewegingen in versterkte mate zullen worden uitgevoerd. Het gevaar van dit „scheefbijten” is, dat het zeer sterk progressief is en tenslotte kan leiden tot een afwijking van het aanvankelijk nog gezonde gewricht.

Ofschoon aanvankelijk de diagnose septische arthritis erg aannemelijk was, waarbij vooral de slechte algemene toestand en de hoofdpijn op een sepsis zouden duiden, werd later toch getwijfeld aan de juistheid van de diagnose. Het schijnbaar niet tot rijping komen van de ontsteking en het niet vinden van pus door punctie deden vermoeden, dat de ontsteking meer flegmoneus van aard zou zijn en waarschijnlijk dieper zou liggen dan het gewricht. Toen tenslotte retromaxillair een grote hoeveelheid pus werd gepuncteerd, werd de diagnose retromaxillair absces duidelijk. De ophoping van vocht in het gewricht moet dan opgevat worden als een reactie van de synovia op de ontsteking vlak in de buurt, een zogenaamde „sympathische hydrops”.

Voor deze diagnose pleit verder nog, dat de trismus na het verdwijnen van de ontsteking vrij snel afnam. Het maken van een prothese, ofschoon door de trismus zeer bemoeilijkt, gelukte vrij spoedig. Patiënte oefende flink eerst met haar vingers en later met rubberstoppen van toenemende

dikte, waardoor een intermaxillaire expansieschroef voor het verder openen van de mond voorlopig niet nodig bleek. Waarschijnlijk vallen de beschadigingen in het gewricht nogal mee en was de trismus voornamelijk reflectoir, door de grote pijnlijkheid van de beweging en een gevolg van het exsudaat in het gewricht en de infiltratie van de Mm. pterygoidei.

De vraag rijst nu hoe de patiënte aan deze ontsteking is gekomen. Hiervoor kunnen meerdere verklaringen worden gegeven.

Het feit, dat de bacteriën tot de viridansgroep behoorden, maakte het zeer waarschijnlijk, dat zij uit de mondholte afkomstig waren. Het is mogelijk, dat bij de tuber-anesthesie een hematoom in de retro-maxillaire ruimte is ontstaan, dat daarna is geïnfecteerd geraakt met door de injectienaald meegevoerde kiemen uit de mondholte.

Ook kan het zijn, dat de infectie secundair is ontstaan langs hematogene weg, als gevolg van de bacteriëmie bij de extractie. De door de bloedstroom meegevoerde bacteriën vinden in het hematoom, door het ontbreken van afweerkrachten, een zeer goede voedingsbodem.

Onze patiënte werd achttien dagen na opname ontslagen, de mondopening bedroeg 11 mm gemeten tussen de incisieven van onder- en bovenprothese. Er was nog een zeer hard infiltraat in de gehele linker wang, dat nog ongeveer veertien dagen bleef bestaan. De mondopening bedroeg toen 25 mm. De röntgenfoto van het rechter kaakgewricht vertoonde weer een vrijwel normale breedte van de gewrichtsspleet (fig. 4). De prothese, welke gemaakt werd toen er nog een stand van *B o n n e t* was, heeft nu geen goede occlusie meer, doordat de onderkaak in zijn oorspronkelijke stand is teruggekeerd. De onderprothese zal dan ook zo spoedig mogelijk overgemaakt dienen te worden.

De conclusie, die uit bovenstaande ziektegeschiedenis valt te trekken is, dat diepgelegen ontstekingen, vooral wanneer zij in de buurt van het kaakgewricht zijn gelegen, door de reactie van dit gewricht op de ontsteking, sterk aan een arthritis kunnen doen denken.

Daar men nooit zeker weet in hoeverre het gewricht door voortgeleiding van de ontsteking uit de omgeving in het proces betrokken is, verdient het aanbeveling dit ook als een arthritis te behandelen.