

OVER BREUK VAN DE INJECTIENAALD TIJDENS DE INSPUITING

De praktijk leert dat bij de toepassing van lokale verdoving door middel van injectie complicaties niet altijd te vermijden zijn. Opmerkelijk daarbij is dat de patiënt onder zulke omstandigheden licht geneigd is, de behandelende tandarts in gebreke te stellen. Dat is bijvoorbeeld reeds het geval wanneer hij door het optreden van een zichtbaar hematoom, een lichte graad van trismus, of het wat langer dan normaal aanhouden van de anesthesie, voorbijgaand ongemak ondervindt. Doch sterk is de neiging tot beschuldiging wanneer tijdens de injectie de naald onder het slijmvlies afbreekt. Dan dreigt zelfs een juridisch conflict, want de kans is niet gering dat de practicus aansprakelijk wordt gesteld, met alle onaangename gevolgen van dien.

Oorzaken

Nu is naaldbreuk in het algemeen aan zwakte van het materiaal toe te schrijven en inderdaad zal de oorzaak hiervan dikwijls te zoeken zijn in een ondoelmatig onderhoud en/of een te frequent gebruik van de naalden. Men dient steeds voor ogen te houden dat injectienaalden in het algemeen veel van overbelasting te lijden hebben, enerzijds door plotselinge afweerbewegingen die vooral angstige patiënten nogal eens maken, anderzijds ook door een verkeerde injectietechniek, die tot uiting komt in ongewenste manipulaties, zoals het abrupt veranderen van de richting der ingebrachte naald. Met name bij mandibulaire anesthesie, waar men, mede door variërende anatomische verhoudingen nog wel eens moeite heeft met het aftasten van de juiste plaats, is dit gevaar lang niet denkbeeldig, en het is dan ook in dit gebied, dat naaldbreuk (meestal ter hoogte van het aanzetstuk) het meest voorkomt.

Maatregelen na het ongeval

Zolang nu het afgebroken fragment nog enigszins buiten het slijmvlies uitsteekt, levert de verwijdering ervan nauwelijks moeilijkheden op. Bezwaarlijker wordt de situatie al, wanneer het eind juist onder het oppervlak van de mucosa is verdwenen. Het wil dan nog wel eens lukken, door middel van een oppervlakkige snede, liefst onder een zekere hoek met de lengte-as van het fragment, dit te voorschijn te brengen. Ook kan men onder zulke omstandigheden het trachten te vatten door gebruik te maken van een chirurgische naald met draad, volgens een door LUNIATSCHEK (Z. Rundschau 46: 1360, 1937) beschreven methode. Doch daarmee begeeft men zich al op het terrein van de kaakchirurg. Bovendien is het fragment vaak reeds dieper in het weefsel geraakt, zodat zich aanstonds de netelige vraag voordoet, welke gedragslijn dan te volgen is.

In aanmerking genomen de betrekkelijk geringe gevaarlijkheid van zulke vreemde lichamen en het feit dat nu eenmaal bij iedere operatieve ingreep een zeker risico behoort, zou men – althans wanneer het een kort fragment betreft – kunnen overwegen, voorshands een afwachtende houding aan te nemen, ook al omdat de door sommige auteurs naar voren gebrachte kans op verplaatsing (bv. verzakking) van het fragment en het daardoor ontstane gevaar voor secundaire complicaties wel eens wat overschat wordt. Immers deze verplaatsing zou slechts mogelijk wezen onder invloed van de waartekracht en van spierbewegingen. Gezien echter de doorgaans horizontale lengte-

richting van het fragment en de ligging in de pyramidevormige ruimte tussen de *M. pterygoideus medialis* en de opstijgende tak van de onderkaak, zal men voor deze invloeden in het algemeen niet veel vrees behoeven te koesteren. Er zijn echter ook auteurs o.a. NEUMANN, die alleen al in de mogelijkheid van infectie een absolute indicatie tot verwijdering van het fragment zien. Ten hoogste kan men zeggen dat een afwachtende houding in geval van volkomen afwezigheid van klachten gerechtvaardigd is; het spreekt overigens vanzelf dat de beoordeling daarvan pas mogelijk wordt na het verdwijnen van de eerste wondpijn.

Nu schijnt – verschillende auteurs gewagen hiervan – het aantal gevallen, waarin géén klachten optreden, gelukkig te overwegen. Natuurlijk is de psychische gesteldheid van de patiënt hierbij een factor van gewicht: het besef dat een stuk naald is achtergebleven kan bij daartoe gedisponeerde personen al gauw tot ingebeeldde klachten leiden. Angstvoorstellingen betreffende mogelijke schadelijke gevolgen kunnen zo sterk wezen, dat alleen op die grond operatieve verwijdering soms is geïndiceerd.

SCHUCHARDT en SCHÖN (1957) tonen zich uit anderen hoofde weer voorstanders van operatie: weliswaar geloven zij dat het fragment – althans wanneer geen sprake is van infectie – door het omgevende weefsel kan worden ingekapseld, doch niettemin zijn zij van mening dat het corpus alienum vroeg of laat tòch aanleiding geeft tot het ontstaan van pijn bij kauwen en spreken. Ook zouden de door corrosie van het metaal opgewekte chemische prikkels chronische ontsteking kunnen veroorzaken.

In het algemeen kan worden gezegd dat verwijdering van langere fragmenten (ruwweg geschat vanaf 2 cm) raadzaam is, waarbij de aanwezigheid van klachten en de psychische gesteldheid van de patiënt beslissende factoren vormen.

Localisatie van het fragment

Natuurlijk is het zaak om vóór de operatie het fragment zo nauwkeurig mogelijk te localiseren. Dit geschiedt door middel van schedelfoto's in verschillende richtingen bij wijdgeopende mond, waarbij nog bijzondere hulpmiddelen, bv. stereoscopische foto's of het inbrengen van controle-naalden ter nadere bepaling van de richting van het breukstuk, van dienst kunnen zijn.

Operatieve ingreep

Dit alles ligt echter, evenals de operatieve ingreep zelf, geheel op het terrein van de kaakchirurg. De tandarts kan in deze gevallen slechts aanvullende gegevens verschaffen, bv. met betrekking tot het tijdstip van het ongeval, de toegepaste injectietechniek, de lengte van het breukstuk, etc. Het is dus raadzaam de rest van de naald te bewaren; ook uit juridisch oogpunt kan dit van belang zijn.

Met klem moet de practicus worden ontraden, zelf pogingen tot verwijdering van het fragment in het werk te stellen, al was het alleen maar vanwege het mogelijke infectiegevaar. Zo bericht WOLF over een diabetes-patiënt bij wie na zulke – overigens mislukte – pogingen ernstige infectie optrad, die tot een maandenlang ziekbed leidde. Daardoor was de verwijdering van de naald van ondergeschikte betekenis geworden en de daartoe strekkende operatie heeft nadien nooit plaats gevonden.

Het is niet de bedoeling van dit artikel, nader in te gaan op de operatietechniek. Volledigheidshalve zij vermeld, dat deze in de meeste gevallen intra-oraal geschiedt, waarbij een snede langs de opstijgende tak, zoveel mogelijk loodrecht op het fragment, wordt aangebracht. O.a. zijn methoden volgens LABAND, HOENIG, FLOHR, NEUMANN en AXHAUSEN beschreven.

Over breuk van de injectienaald tijdens de inspuiting

Gedragslijn ten aanzien van de patiënt

Bijzondere aandacht verdient de vraag welke gedragslijn in geval van naaldbreuk ten aanzien van de patiënt dient te worden gevolgd. Moet men hem onmiddellijk van het gebeurde op de hoogte stellen? In het algemeen zal de behandelende tandarts een – uiteraard behoedzaam gestelde – mededeling niet achterwege kunnen laten; dit mag zelfs, ook met het oog op mogelijke gevolgen, zijn eerste plicht worden geacht. Alleen wanneer het ongeval een psychisch labiele patiënt treft, kan een zekere mate van terughoudendheid op haar plaats zijn; eventueel kan dan een familielid in vertrouwen worden genomen.

Doel van dit artikel is slechts, het gevaar voor naaldbreuk tijdens injectie nog eens onder de aandacht te brengen. Hoe licht kan dit gevaar bij het tegenwoordig noodgedwongen zo vaak jachtige praktijk doen niet dreigen! Nauwgezet werken met zorgvuldig onderhouden naalden van goede kwaliteit, die tijdig door nieuwe worden vervangen, kan veel onheil voorkómen.

Literatuur:

D. HAUNFELDER, Dtsch. Z.Z. 12: 1563, 1957.