

EEN GEVAL VAN ZIEKTE VAN PAGET VAN DE MANDIBULA
GECOMPLICEERD DOOR EEN FRACTUUR
ALS GEVOLG VAN EEN EXTRACTIE *)

DOOR J. L. BECKER, hoofdassistent

Patiënte, Mevr. B.-G., p.k. no. 58/307, werd op 1-2-1958 naar de polikliniek voor mondheekkunde verwezen. De anamnese luidde als volgt:

Daags tevoren ging zij naar haar tandarts om enige kiezen in de onderkaak te laten trekken, daar er bij haar een volledige prothese gemaakt zou worden. Enkele ondertanden werden zonder veel moeite getrokken; één kies gaf echter veel last en de tandarts slaagde er niet in deze te verwijderen.

Verder vertelde patiënte ons, dat zij in de afgelopen vijf jaren gemerkt heeft, dat de onderkaak in zijn geheel geleidelijk dikker is geworden. Dit gaf haar geen pijnklachten en zij geniet overigens een goede gezondheid. Sinds jaren draagt zij een volledig bovengebitt, dat echter niet meer goed past. De familie-anamnese leverde geen bijzonderheden op. Tot zover de anamnese. Uit een begeleidend schrijven van de tandarts blijkt, dat hij een fractuur van de mandibula vermoedt.

Bij inspectie vinden we een vrouw van middelbare leeftijd, die, behalve een grote onderkaak, geen bijzondere afwijkingen toont en geen zieke indruk maakt. fig. 1. Bij palpatie vinden we rond de kaakhoek rechts een weke, niet pijnlijke zwelling, die de indruk maakt van een haematoom; verkleuring van de huid is er echter niet. Bij druk op de mandibula geeft patiënte pijn aan t.p.v. de kaakhoek rechts. Bij aftasten van de onderkaak blijkt deze bijzonder fors en dik te zijn; het oppervlak is glad en nergens indrukbaar. De submandibulaire lymphklieren links en rechts zijn goed te palperen, niet vergroot en niet drukpijnlijk.

Inspectie van de mondholte toont ons een tandeloze bovenkaak met goed gevormde processus alveolaris en normaal uitzijnde mucosa. De bovenprothese past slecht en heeft weinig retentie. Ook bij intra-oraal onderzoek blijkt het corpus mandibulae zowel in breedte als in hoogte groter te zijn dan normaal. In het onderfront zijn enige verse normaal uitzijnde extractiewonden. De nog aanwezige elementen zijn M₂, P₂, P₁ en Cid. De M₂id staat los, het slijmvlies is daar

*) Bijdrage voor de klinische avond voor tandartsen te Groningen op 14-2-1958.

ter plaatse buccaal ingescheurd, bewegen van het element is pijnlijk. Bovendien kan ter plaatse van de M₂id pijn, crepitatie en abnormale beweeglijkheid geconstateerd worden door de mandibula vóór en achter dit element te omvatten en ten opzichte van elkaar te bewegen.

Van enige occlusie van de paar resterende onderelementen met de bovenprothese is geen sprake. De x-foto's vertonen een fractuur in de kaakhoek achter M₂id met geringe dislocatie. fig. 2. Het röntgenbeeld van de gehele mandibula toont een abnormale botstructuur. Er is veel osteolyse met een eigenaardig wolkerig aspect en daarnaast plaatsen van botverdichting, vooral rond de nog aanwezige elementen, doch ook elders. Enige kiezen vertonen een duidelijke hypercementose. Normale spongiosa- en corticalis-structuur ontbreekt. (fig. 3, 4, 5.)

Gezien deze klinische en röntgenologische gegevens werd de diagnose gesteld op mandibulafractuur na een extractie, op grond van een botziekte, vermoedelijk Morbus PAGET.

X-foto's van de overige delen van het skelet, met name bekken, wervelkolom en extremiteiten, toonden geen bijzonderheden. Het schedeldak had wellicht een wat verdichte botstructuur, doch hierover waren de meningen verdeeld.

Intern onderzoek leverde aanvankelijk een verhoogd alkalisch fosfatasegehalte van het bloed, dat echter na tien dagen tot de normale waarde was gedaald. Lever- en nierfunctie waren normaal. Calciumuitscheiding in de urine bij kalkarme voeding was normaal. Calcium- en fosfaatgehalte van het bloed vielen binnen de normale waarden.

Voor behandeling werd patiënte opgenomen en op 7-2-1958 onder narcose geholpen. Hierbij werd de M₂id, waaraan zich een groot stuk bot bevond, verwijderd. fig. 6. De wond werd zo goed mogelijk primair gesloten. Vervolgens werd de bovenprothese op de maxilla bevestigd met staalligaturen door de processus alveolaris. Op de onderkaak werd een kunstharsspalk bevestigd met z.g. „circumferential wires”, waarbij er voor gezorgd werd, dat de spalk distaal voorbij de fractuurlijn reikte, zodat het achterste fractuurstuk niet omhooggetrokken kon worden door de kauwspieren. Immobilisatie vond plaats door intermaxillaire fixatie met staalligaturen tussen bovenprothese en spalk op de mandibula. Patiënte kreeg antibiotica, 1.200.000 E. penicilline en 1 gram streptomycine per dag. Het postoperatieve verloop was gunstig. De eerste dagen was er wat pijn en wondoedeem, doch dit verbeterde snel. Op 12-2-1958 werd gestaakt met de streptomycine, op 13-2-1958 werd patiënte van klinische behandeling ontslagen en verder poliklinisch gecontroleerd. Met het geven van penicilline werd op 25-2-1958 gestaakt. Op 24-3-1958 werd de apparatuur verwijderd; er bleek toen goede consolidatie te zijn opgetreden.

Met extraheren van de nog resterende onderelementen zal nog enige maanden gewacht worden.

De uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek luidde: „ziekte van PAGET met hypercementose en hyperostose rond de apex van het verwijderde element. Door de necrose van het merg is het moeilijk om te zeggen in welk



fig. 1

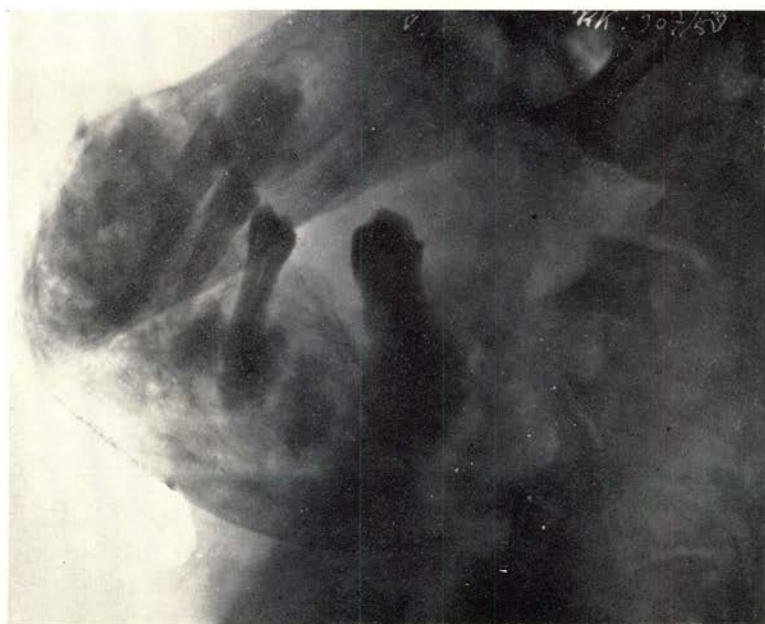


fig. 2

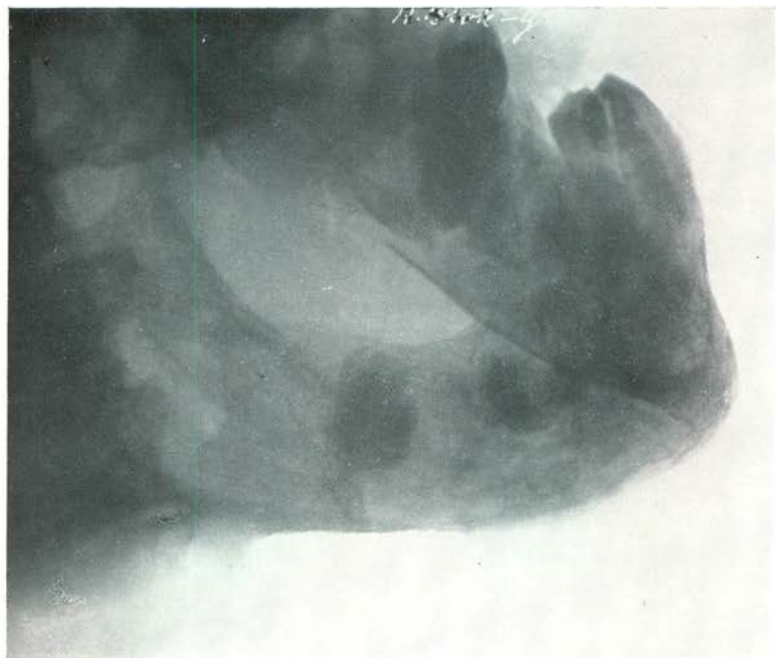


fig. 3

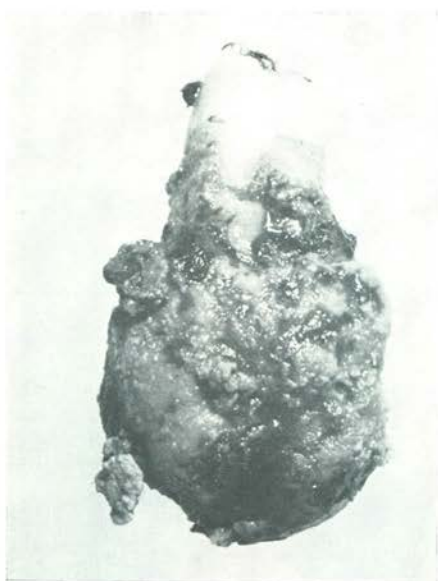


fig. 6

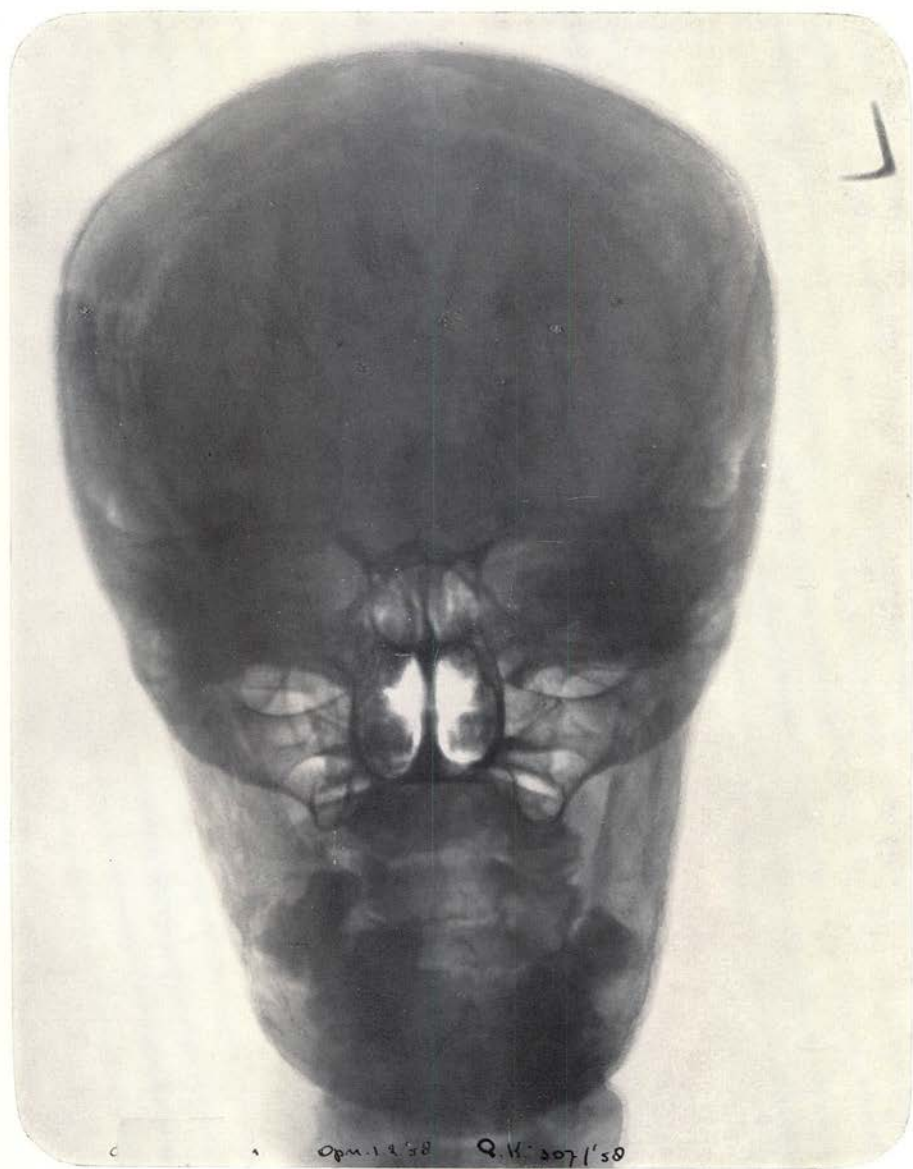


fig. 4



fig. 5

stadium de afwijking zich bevindt. Gezien de compacte bouw van het beenweefsel en het vrijwel ontbreken van lacunes in het bot lijkt het echter waarschijnlijk, dat het hier niet gaat om een vroeg actief stadium, maar een later, genezend stadium van M. Paget."

Merkwaardig is dat bij deze patiënte het alkalisch fosfatase-gehalte normaal was. De verklaring hiervoor moet waarschijnlijk gezocht worden in het weinig actieve stadium van het proces en ook het feit, dat de afwijking zich tot de mandibula beperkt had.

Deze merkwaardige en zeldzame botaandoening werd voor het eerst in 1877 door Sir JAMES PAGET beschreven. Statistieken uit de Verenigde Staten geven een indruk van de grote zeldzaamheid: van alle opgenomen patiënten vond men in de Mayo Clinics één geval op de 16.000 patiënten, in het John Hopkins Hospital één op 10.000, in het Peter Brent Brigham Hospital één op 3.000 (hier werd echter 89 % van alle patiënten volledig röntgenologisch onderzocht).

De ziekte van PAGET komt voor in bepaalde beenderen, in tegenstelling tot de osteitis fibrosa generalisata (ziekte van VON RECKLINGHAUSEN), waarbij het gehele skelet is aangedaan. Voorkeursplaatsen zijn femur, tibia, bekken, wervelkolom, schedel, maxilla en mandibula. Van de 82 gevallen door NEWMAN (1946) verzameld in de universiteitskliniek van Pennsylvania gedurende een periode van 14 jaar (1931-1945) waren er 25, die de schedel betroffen. De mandibula wordt het minst vaak aangedaan. STAFNE en AUSTIN (1938) van de Mayo Clinics vonden 138 gevallen, waarvan er 20 de maxilla en slechts 3 de mandibula betroffen.

De oorzaak van de ziekte is onbekend. Sommige onderzoekers menen, dat MORBUS PAGET een variant is van de osteitis fibrosa generalisata, doch de laboratoriumgegevens wijzen uit, dat men hier te maken heeft met twee verschillende ziektebeelden. In beide ziekten is het fosfatase-gehalte van het bloed weliswaar verhoogd, doch bij de ziekte van VON RECKLINGHAUSEN is er een verlaging van het serumfosfaat en een verhoging van het calcium-gehalte, met als gevolg duidelijke afwijkingen in de urine, terwijl bij de ziekte van PAGET het gehalte van deze stoffen binnen de normale waarden valt.

M. PAGET komt voor op middelbare leeftijd of later en vaker bij vrouwen dan bij mannen. De ziekte is progressief, maar geeft als regel geen verkorting van de levensduur. De symptomen zijn verdikking en vervorming van de aangetaste beenderen. Typisch hierbij is b.v. de klacht van de patiënt, dat hij steeds grotere hoeden moet kopen, in het geval waarbij het schedeldak is aangedaan. Vervorming kan optreden, wanneer wervelkolom of onderste extremiteiten zijn aangetast, reden waarom men de ziekte ook wel „osteitis deformans" noemt. Neuralgiforme pijnen kunnen voorkomen in de beginfase der ziekte, soms ook gedurende het gehele verloop.

Maligne ontanding in osteoëen sarcoom, vooral op latere leeftijd, wordt beschreven, hetgeen regelmatige contrôle noodzakelijk maakt.

Literatuur:

- AXHAUSEN, G. (1934) – Dtsch. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde 1: 4.
CAHN, L. R. (1948) – Oral Surg., Oral Med. and Oral Path. 1: 917.
FOX, L. (1933) – J.A.D.A. 20: 1823.
CROSS, L (1939) – Am. J. Orth. and Oral Surg. 25: 1117.
HAMILTON, P. H. (1948) – J. Oral Surg. 6: 175.
NEWMAN, F. W. (1946) – J. Bone and Joint Surg. 28:798.
NOVAK, A. J. en BURKET, L. W. – Am. J. Orth. and Oral Surg. 30: 544.
RUSHTON M. A. (1948) – Brit. Dental J. 84: 189.
STAFNE, E. C. en AUSTIN, L. T. – J.A.D.A. 25: 1202.
STAFNE, E. C. (1946) – J. Oral Surg. 4: 114
THOMA, K. H. – Oral Pathology, pag. 793–804.