

INGEZONDEN

EEN RISKANTE ZEGEN

Naar aanleiding van een opmerking, die ik maakte bij een referaat betreffende een artikel over de gevaren van de intra-veneuze narcose, heeft VAN KETEL in het aug.-sept. nummer van dit Tijdschrift gereageerd. Mijn opmerking luidde: „als een extractie onder narcose meer dan een of twee gebitselementen betreft, mag alleen gebruik gemaakt worden van een endotracheale narcose”. VAN KETEL meent nu, dat mijn mening onjuist en lichtvaardig is geweest. Hij grondt dit oordeel op zijn ervaring van 2000 gevallen, waarbij hij onder een lachgas narcose, die via een neusmasker werd toegediend, „grote opruimingen” hield tot extracties van 35 radices in één keer toe.

Het is geenszins mijn bedoeling hier in te gaan op alle voor- en nadelen van de behandeling onder narcose, ik wil alleen gaarne mijn opmerking toelichten en de waarschuwing herhalen tegen extracties onder welke vorm van narcose dan ook, zonder dat daarbij een tube in de trachea wordt gebracht, die is voorzien van een opblaasbare cuff, waardoor een optimale afsluiting van de trachea kan worden verkregen en de kans op aspiratie zo gering mogelijk wordt. We stellen hierbij voorop, dat het niet gaat om evidente aspiraties van gefractureerde wortels, amalgaamvullingen, tampons of iets dergelijks, maar juist om geringe hoeveelheden bloed, speeksel of zelfs pus, die bij afwezigheid van de sensibiliteit in dit reflexogene gebied zeer gemakkelijk langs het slijmvlies in de trachea kunnen glijden.

Dat dit gevaar zeer reëel is, blijkt uit de gepubliceerde getallen van onderzoeken naar de oorzaak van longabscessen. In 1935 gaf STERN aan, dat 39% van de longabscessen werden veroorzaakt door aspiraties, waarvan 17 t.g.v. tandextracties. Dit zijn Amerikaanse getallen en in de dertiger jaren was de lachgas narcose voor extracties in Amerika zeer populair. Dat deze cijfers voor Nederland veel gunstiger liggen (een totaal van 17% door aspiratie veroorzaakt, waarvan het percentage na tandextractie niet wordt opgegeven, maar veel lager moet liggen), is zeker niet in de laatste plaats te danken aan het feit, dat deze methode in Nederland praktisch niet gebruikt wordt. Als dit een gevolg is van de opleiding der Nederlandse tandartsen, zoals VAN KETEL beweert, dan is het omdat daarbij voldoende op de gevaren van deze vorm van narcose wordt gewezen. De genoemde cijfers hebben alleen maar betrekking op de gevallen, waarbij de aspiratie zich uit in een acute afwijking. Er zijn echter gevolgen, die zich weken, soms zelfs maanden na de extractie openbaren. Welke patiënt, die na zo'n lange periode „een griepje” krijgt, dat zich al dan niet tot een pneumonie ontwikkelt, zal de schuld zoeken bij de kiezen, die hij enkele weken of maanden geleden liet trekken en waarvan de extractiewonden allang genezen zijn. De meeste gevallen van deze kleine aspiraties zullen volgens GOODWIN zelfs zo chronisch verlopen, dat ze zonder acute klachten op de duur leiden tot bronchieëctasieën.

Deze aspiraties zijn dus eigenlijk niet zonder nauwkeurige röntgencontrole voor en na de behandeling uit te sluiten. Niettemin vindt VAN KETEL zijn ervaring erg overtuigend en beweert zonder enig bewijs: „Genoemde aspiratie komt bij goede voorzorg eenvoudig niet voor” en dat schrijft hij op dezelfde bladzijde, waarop hij mijn mening lichtvaardig noemt. Onder „goede voorzorg” verstaat hij het aanbrengen van een „goed aansluitende gaastampon achter op de tong”. Een dergelijk goed aanbrachte en zo ideaal mogelijk aansluitende gaastampon achter op de tong za

inderdaad als een zeef werken voor wegspringende delen van geëxtraheerde elementen, maar lek als een zeef zal hij blijven.

Bij de multiplere extracties, die worden uitgevoerd op de Afdeling Mondheekunde van het Academisch Ziekenhuis te Groningen, onder narcose, gegeven door de specialist-anesthetist, worden de patiënten allen geïntubeerd en wordt – misschien ten overvloede – ook een tampon aangebracht, niet achter op de tong, maar in het diepste punt van de pharynx. Dit is mogelijk, omdat er geen luchtweg via de neus behoeft te worden vrijgehouden. Ondanks het feit, dat tijdens deze extracties nauwkeurig wordt afgezogen, is deze tampon toch altijd gedeeltelijk en vaak zelfs helemaal doorbloed. Gelukkig is dat hier niet erg, omdat er nog een tweede barrière is in de vorm van de cuff, die de trachea afsluit.

Nog zeer onlangs werd in een ziekenhuis in een grote stad in Nederland een patiënt geëxtraheerd onder narcose, zonder dat de patiënt geïntubeerd was. Toen de patiënt op een kwaad moment een laryngospasmus kreeg en dreigde te stikken, werd door de assisterende verpleegster een chirurgisch assistent geroepen, die met een snelle tracheotomie het leven van de patiënt redde. Het tragikomische van de situatie was, dat de behandelende tandarts van emotie was flauwgevallen en als een blok op de vloer naast zijn patiënt lag.

Ik ben het geheel met VAN KETEL eens, dat er een aantal patiënten is, waarvoor de narcose voor tandextracties een uitkomst is. Maar elke narcose brengt extra gevaren met zich mee, we zullen dit risico zo klein mogelijk moeten houden. De behandeling, die VAN KETEL als „een zegen” voorstelt, is te riskant en kan behalve „een bron van warme dankbaarheid” ook nog zijn een bron van allerlei narigheid.

ROORDA

Literatuur:

- STERN L. – Putrid Abscess of the Lung Following Dental Operations; Journal of Thoracic Surgery, 4-547-1935
 BUYTENDIJK H. J. – Veretterde Pneumonie; Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 95-3832-1951
 GOODWIN C. G. R. – A case of aspiration Bronchopneumonia of Dental Origin; Brit. Dental Journal 47-327-1926.

 WORTELKANAALBEHANDELING EN ANTIBIOTICA

Met grote belangstelling las ik in het september nummer 1959 van de International Dental Journal het verslag van de „2nd International Conference on Endodontics” gehouden onder voorzitterschap van PROF. L. GROSSMAN.

Onder 4. Antibiotics geeft GROSSMAN het referaat weer van OSTRANDER (professor in de endodontie aan de universiteit van Chicago).

OSTRANDER schrijft: „In our hands there has been no outstanding advantage for the use of antibiotics either in the form of polyantibiotic combinations or the camphorated p-chlorophenol-penicillin mixture. We still continue to use the latter on occasional selected cases, but the vast majority of our endodontic cases are treated with camphorated p-chlorophenol”.

„In conclusion let me say that there are undoubtedly special cases where the use of antibiotics in the tooth is justified and I would not wish to exclude them from our endodontic armamentarium”.

OSTRANDER zegt dus:

1. De door GROSSMAN aanbevolen „polyantibiotic combination” bleek geen succes.
2. De „camphor p-chloropenol-penicillin mixture” is in „occasional selected” en „special cases” onmisbaar.

OSTRANDER acht deze combinatie niet voor alle gevallen geschikt op grond van de overweging, dat een veelvuldig gebruik ervan tot aankweken van penicilline resistente stammen zou leiden.

Ik meen evenwel dat een korte persoonlijke discussie over dit punt OSTRANDER zou overtuigen, dat deze tegenwerping ondeugdelijk is.

Het is mij tenminste tot nu toe in alle gevallen gelukt om tegenstanders, waaronder enkele vooraanstaande figuren in de tandheelkunde, van dit vooroordeel af te brengen.

Het deed mij dus genoegen te zien dat de penicilline CHKM behandelingsmethode, die ik sinds 10 jaar propageer, ingang begint te vinden.

Evenwel verbaasde het mij zeer dat met geen woord over mijn overwegingen, experimenten en daarop gegronde artikelen, alle rijkelijk gestaafd met Rô. opnamen, werd gerept. (zie o.a. 4 artikelen in T. v. T.; 3 in Dental Items of Interest; 2 in de Deutsche Zeitschrift f. Zahnh.; 2 in de Schweiz. Monatsschrift f. Zahnh.).

In deze artikelen heb ik duidelijk laten uitkomen, dat het penicilline-chlorphc. mengsel de zwakste van de 2 aanbevolen combinaties is en alleen voor de 2 eerste zittingen te gebruiken. Dat het penicilline-tricresolform. mengsel de behandelingsresultaten verdubbelt en op 100% brengt.

Tot besluit zou ik gaarne willen eindigen met 2 vragen aan GROSSMAN te stellen.

1. Acht hij de tijd niet gekomen, om in het belang van de tandheelkundige practici openlijk te erkennen dat de „polyantibiotic” behandeling geen succes was?
2. Zou het geen aanbeveling verdienen om op het programma van de eerstvolgende „International Conference on Endodontics” te stellen:

Een vergelijkend onderzoek op Rô. genezingen van 100 gevallen behandeld met antiseptica tegenover 100 gevallen behandeld met penicilline + antiseptica zoals door ondergetekende werd aangegeven.

DR. H. EGYEDI

Zie ook pag. 836 en 853 van dit nummer. Red.

AGENDA

Data der voornaamste wetenschappelijke congressen en vergaderingen in binnen- en buitenland

1959

23-29 november 33e Journées Dentaires Internationales te Parijs. Dr. JEAN LANG, 5 Rue Raymond Lossierand Parijs 14.

1960

maart 38e General meeting of the International Association of Dental Research. D. A. H. Berguida, Box 4115, Panama.

8-9 april Voorjaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen te Utrecht.

20-25 juni 48e Jaarl. Vergadering F. D. I., Dublin. Secr. General 35 Devonshireplace, London.

30 juni-5 juli 36e Congres European Orthodontic Society te Belfast N.-Ierland. Dr. H. T. A. Mc KEAG 35 Rugby Road, Belfast.