

KLINISCHE VOORDRACHTEN

*Uit de afdeling Orthodontie van de Rijks-
universiteit te Groningen.*

Hoofd: Prof. K. G. Bijlstra

ENIGE OPMERKINGEN NAAR AANLEIDING VAN VERGROTE TONSILLEN EN ADENOIDE VEGETATIES*)

DOOR DR. F. P. G. M. VAN DER LINDEN

Rondom de farynx treft men een krans van lymfoïd weefsel aan – de ring van WALDEYER genoemd –, die een natuurlijke verdediging vormt tegen de ziektekiemen, welke door neus en mond het lichaam binnenkomen. De belangrijkste onderdelen van deze krans zijn de, aan weerszijden tussen de beide gehemeltebogen gelegen, tonsillae palatinae en de zich tegen het gewelf van de boven-achterwand van de nasofarynx bevindende tonsilla pharyngea.

Gedurende de kindertijd, waarin een immuniteit verkregen wordt tegen vele infectieziekten, treedt er een fysiologische vergroting van het lymfoïde weefsel op, die in en na de puberteit weer teruggaat en welke als normaal beschouwd moet worden.

Gewoonlijk spreekt men van tonsillen en adenoïd; met het eerste de beide tonsillae palatinae bedoelend, met het laatste een gehypertrofieerde neusamandel aanduidend (vgl. fig. 1). Een overmatige vergroting van de drie amandelen is bij kinderen een veel voorkomend verschijnsel en kan, naar gelang de

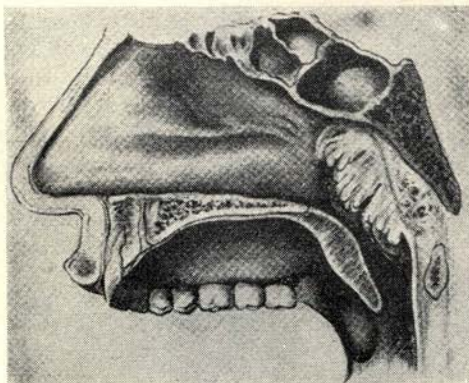


Fig 1: (naar ZUCKERKANDL)

*) Bijdrage van de klinische avond voor tandartsen te Groningen op 15-1-1960.

anatomische verhoudingen, verschillende klachten in min of meer ernstige mate veroorzaken. Sterk gehypertrofieerde tonsillae palatinae veroorzaken voornamelijk slikbezwaren en keelklachten, met als secundair effect een vermindering van de eetlust.

Afwijkingen van de neusamandel zijn in de regel van meer belang; de stoornissen hierdoor veroorzaakt kunnen uitgebreider en ernstiger zijn. Een reeds matige vergroting van de tonsilla pharyngea vormt een belemmering voor de normale neusademhaling (fig. 2) en het gevolg zal zijn, dat het kind zijn toevlucht neemt tot de mondademhaling. Daarnaast kan het adenoïde weefsel de



Fig. 2: (naar KANTOROWICZ).



Fig. 3.

tubae Eustachii gaan blokkeren, waardoor het kind slechter gaat horen. Herhaaldelijke en lang durende verkoudheden kunnen, evenals middenoorontstekingen, door geïnfecteerd adenoïd weefsel veroorzaakt worden. Kinderen met een sterk vergrote neusamandel hebben vaak een merkwaardige gelaatsuitdrukking, een nasale spraak en blijven door de slechthorendheid nogal eens achter op school.

Fig. 3 is een afbeelding van een typische „facies adenoidea”; de mond staat open, de aangezichtsspieren zijn slap, de huid is bleek. Patiënt vertoont een domme, droefgeestige gelaatsuitdrukking.

Dikwijls zijn alle drie de amandelen vergroot, zeer vaak alleen de derde-minder vaak alleen de beide tonsillae palatinae. Het vergroot zijn van de amandelen is op zich zelf geen reden om deze te verwijderen, tenzij hun grootte een belemmering vormt bij het ademen, het slikken of anderszins. Hun recidiverend of chronisch ontstoken zijn, waardoor ook aandoeningen in de omge-

ving veroorzaakt kunnen worden, vormt eveneens een indicatie tot verwijdering. Bij een speurtocht naar focale haarden zullen vaak de amandelen het veld moeten ruimen.

Nog een enkel woord over de wijze waarop de gehemeltetonsillen en het adenoïd verwijderd worden.

Bij kinderen worden de tonsillen veelal onder een roesje met behulp van de tonsillectoom van SLUDER-BALLENGER (fig. 4) weggenomen. De neusamandel

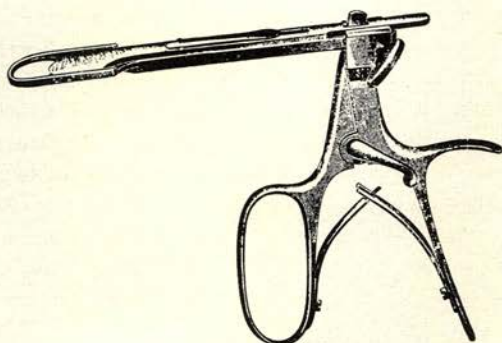


Fig. 4.



Fig. 5.

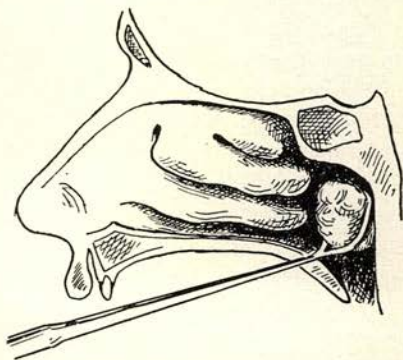


Fig. 6: (naar BURGER).

wordt met de adenotoom van BLECKMANN (fig. 5) verwijderd. Deze wordt achter het zachte gehemelte omhoog gebracht, boven het adenoïd aangelegd en langs de dorsale farynxwand naar beneden getrokken: het adenoïd wordt dan afgesneden (fig. 6).

Ook voor de tandheelkunde is het verschijnsel van de vergrote amandelen van belang en wel voornamelijk omdat een vergrote neusamandel veelal de reden is waarom een patiënt door de mond in plaats van door de neus ademhaalt.

Vele orthodontische anomalieën en vooral die der compressie met protrusie en dorsaalstand van de onderkaak gaan met mondademhaling gepaard en ter verklaring daarvan zijn sinds het einde der vorige eeuw vele theorieën geponeerd en talloze publicaties verschenen.

Het grote strijdpunt hierbij ligt in de vraag of de mondademhaling een afwijking in de vorm van de bovenkaak – de smalle boog, het hoge gehemelte en het geprotrudeerde front – veroorzaakt, dan wel omgekeerd de ademhalingsbelemmering een secundair gevolg van de kaakafwijking is. Een derde groep auteurs completeert deze polemiek door te stellen, dat er totaal geen verband tussen een gestoorde neusademhaling en het ontstaan van kaakafwijkingen bestaat.

Verscheidene theorieën, die het standpunt voorstaan, dat een gestoorde neusademhaling tot kaakdeformaties leiden kan, zijn weinig waarschijnlijk en slecht gargumenteerd. Wel blijven er echter altijd nog enige over die ontegenzeggelijk bijzonder aanspreken en het etiologisch moment van de mondademhaling zeer aannemelijk kunnen verklaren. Als voornaamste geldt wel de overweging, dat het evenwicht in de musculaire druk op de tandbogen ten gunste van de buccale componenten wordt verstoord en de tong niet meer tegen de bovenkaak aanligt. Ook aan de luchtdrukverschillen, die bij de mondademhaling anders zijn dan bij de neusademhaling zou een belangrijke betekenis moeten worden toegekend.

A. M. SCHWARZ merkt hierover het volgende op. De bovenkaak is, in tegenstelling tot de onderkaak, niet alleen een onderdeel van het kauwmechanisme, maar ook een deel van de neusuitrusting. Voor een doelmatige ontwikkeling van de bovenkaak is niet alleen een goede kauwfunctie, maar ook een regelmatige neusademhaling nodig en slechts onder deze omstandigheden zijn de voorwaarden gegeven, dat hij zich volledig zal kunnen ontwikkelen.

Het is dan, na het voorgaande, begrijpelijk, dat de adenoïde vegetaties voor de tandheelkunde en in het bijzonder voor de orthodontie, een speciale betekenis hebben. Het moet dan ook als onverantwoord beschouwd worden een orthodontische behandeling aan te vangen, zonder zich er eerst van verzekerd te hebben, dat er een goede neusdoorgang bestaat.

HOTZ geeft daartoe een eenvoudig proefje aan. Hij laat het kind met gesloten lippen, en eerst de ene en dan de andere neusopening dichthoudend, 30 seconden rustig ademen. Treden hierbij geen verschijnselen van dyspnoe op, dan mag, volgens hem, aangenomen worden, dat ook de K-N-O-arts geen pathologisch vernauwde neuswegen kan vaststellen. Is dit echter niet het geval dan dient het kind door bovengenoemd specialist nader onderzocht te worden. Ofschoon tegen deze proef vele bezwaren, vooral van K-N-O-zijde, kunnen worden aangevoerd, geeft hij toch de tandarts, op wiens weg het niet ligt de neus inwendig te inspecteren, enigszins een idee van zijn doorgankelijkheid. Terwijl hij zeer gemakkelijk vast kan stellen of de tonsillae palatinae vergroot zijn, is het hem onmogelijk te constateren of de neusamandel gehypertrofieerd is.

Op een röntgenschedelprofielfoto, zoals die op onze afdeling ten behoeve van de orthodontische behandeling gemaakt wordt, is dit echter duidelijk waar te

nemen. Fig. 7 toont een teleröntgenfoto van de patiënt, afgebeeld in fig. 3, genomen voordat het adenoïd verwijderd werd. Fig. 8 is het beeld verkregen na adenotomie, terwijl op fig. 9 het preparaat te zien is, wat de K-N-O-arts bij de patiënt verwijderde. Een vergelijking der beide röntgenfoto's geeft een duidelijk beeld van de invloed, die het adenoïd op de neusdoorgang heeft uitgeoefend.

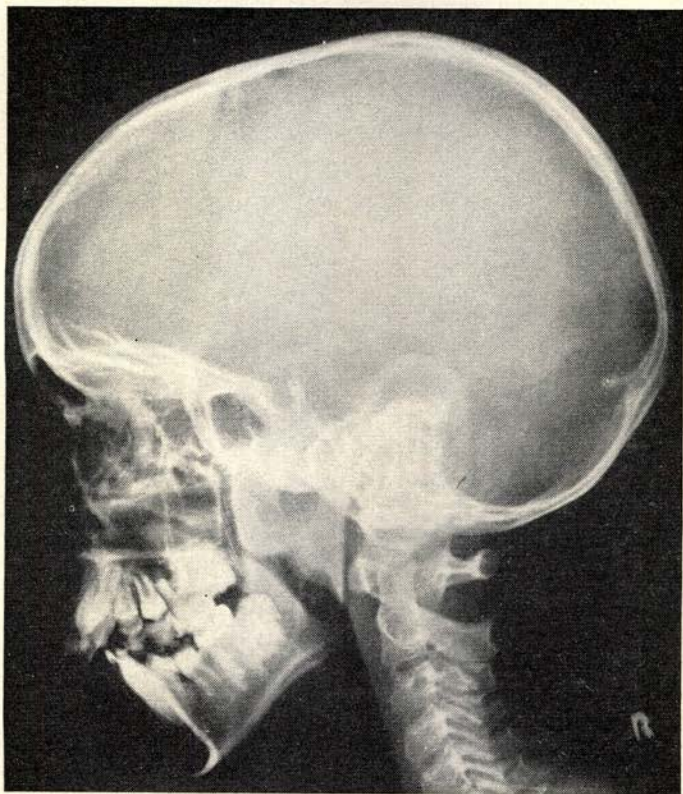


Fig. 7.

Naast het voorkomen van adenoïde vegetaties bij compressie-anomalieën, treft men ook bij open-beet-patiënten vaak een vergrote tonsilla pharyngea aan.

Ook progenieën vertonen dikwijls een sterke vergroting van de amandelen. De neusamandel en mondademhaling zouden aanleiding geven tot een onderontwikkeling van de bovenkaak en anderzijds de vergrote tonsillen de onderkaak meer naar ventraal doen verleggen om de pijnklachten in de keel te kunnen elimineren. Bij dekbeet-gevallen, waarbij de bovenkaak en neusholte fors en ruim ontwikkeld zijn, komt een vergroting van de amandelen veel

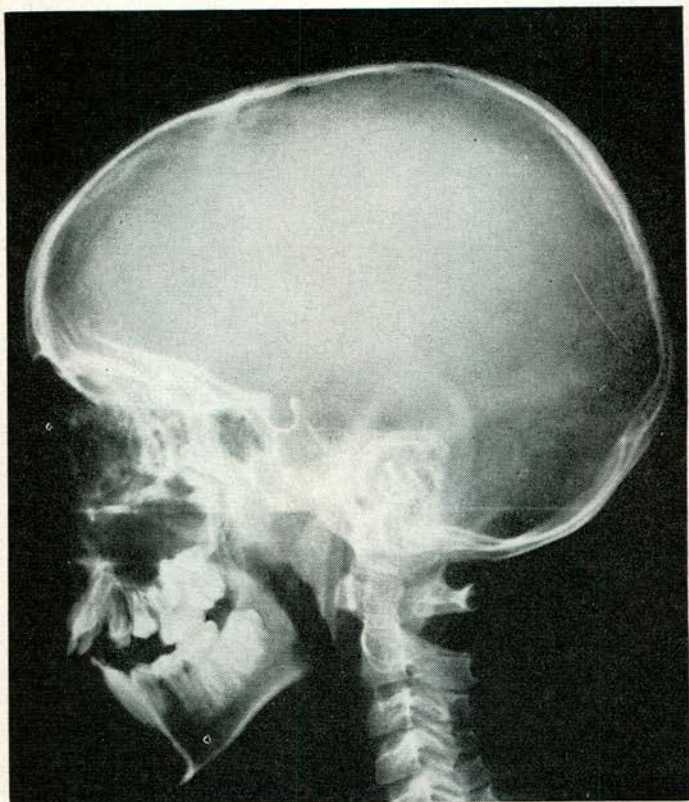


Fig. 8.

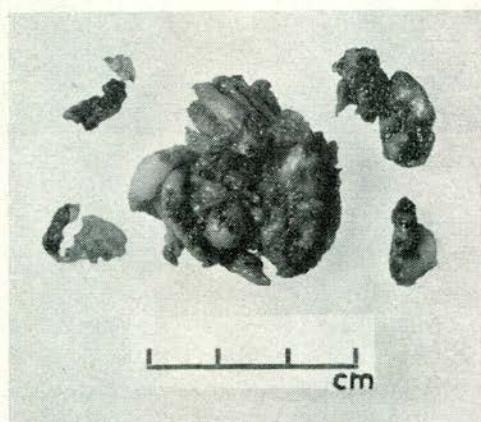


Fig. 9.

minder vaak voor en is mondademhaling een zeer zelden voorkomend verschijnsel.

Bij dit alles mag echter niet vergeten worden, dat ook kinderen zonder enige orthodontische afwijking veelvuldig een overmatige vergroting van de amandelen vertonen.

Tenslotte wordt vermeld, dat het somtijds nodig is na het verwijderen van de belemmeringen de patiënt bij de omschakeling van mondademhaling op neusademhaling behulpzaam te zijn. Een activator of vestibulumplaat kan hierbij vaak goede diensten bewijzen.

REDACTIONELE COMMENTAAR

„HET IVOREN KRUIS” IN HET GOUD

Op 1 maart vond vijftig jaar geleden te Rotterdam de oprichting plaats van de Nederlandse Vereniging tot Bestrijding van het Tandbederf, aan welke naam 23 jaar later het epitheton: Het Ivoren Kruis werd toegevoegd. In beginsel had zij de ontstaan te danken aan een opwekking van de F.D.I. tijdens de vergadering te Berlijn een jaar tevoren, alwaar was aangedrongen op de vorming van landelijke commissies, die de strijd tegen het tandbederf moesten aanbinden. Hieruit ontsproot het initiatief inzake de vorming van een daarop gerichte organisatie hier te lande, waaraan de naam van WITTHAUS is verbonden, hetwelk in zijn weldra gevolgde benoeming tot erevoorzitter tot uitdrukking werd gebracht. Zij wist aan de doelstelling een stevig fundament te geven door ook personen uit andere kringen dan die der tandartsen aan te trekken om met deze tezamen het bestuur te vormen.

Het minutieuze karakter der bewerkingen aan het gebit, uitsluitend gericht op individuele toepassing, maakt de tandheelkunst van nature niet bij uitstek geschikt voor massale bestrijding van het tandbederf. De ontwikkeling in het kader der sociaal-hygiënische voorzieningen is dan ook pas van de laatste decennia. Maar vast staat dat een man als Witthaus reeds in 1897 sprak van een „ereplicht tegenover de grote meerderheid van de Nederlandse bevolking, de minder gegoeden, om mondhygiënische kennis verspreiden. Laten wij – zo schrijft hij – degenen, die zorg aan hun gebit wensen te besteden, ten minste niet in onkunde laten op welke wijze zij de cariës en de alveolarpyorrhoe, de twee grootste vijanden onzer gebitten, kunnen voorkomen.” Voor wie – tandheelkundig gezien – een dergelijke uitspraak retorisch aandoet, zij aanstonds hieraan toegevoegd dat hij niet alleen

een man van het geschreven en gesproken woord was maar ook van de daad: door zijn toedoen werd reeds enkele jaren later door de R.T.V. in de Maasstad een kliniek geopend voor de behandeling van onvermogenen, waar de leden om beurten tandheelkundige hulp verleenden en gedrukte raadgevingen aan de patiënten werden meegegeven. Maar de R.T.V. bepleitte ook (zij het tevergeefs) bij het gemeentebestuur de invoering van schooltandverzorging en bij de regering wettelijke maatregelen ten bate van tandheelkundige behandeling in de ziekenfondsen.

Het gevoel van onvermogen inzake gezaghebbende propaganda, zomede het tekort aan medewerking bij de landelijke tandheelkundige verenigingen, wier belangstelling meer uitging naar wetenschappelijke en op de praktijk gerichte onderwerpen, deden bij Witthaus het plan rijpen tot stichting van een afzonderlijke nationale organisatie met een sociaal-hygiënische doelstelling. Het plan slaagde en zo werd bij de oprichting een bestuur geconstitueerd waarvan een vooraanstaande vertegenwoordiger van het Rotterdamse zakenleven bereid was als voorzitter op te treden.

In de loop van zijn veeljarige werkzaamheid heeft het Ivoren Kruis steeds naar gestreefd een zuivere propaganda-organisatie te blijven, maar waar zich de gelegenheid voordeed, ook aan te dringen op het tot stand brengen van daadwerkelijke hulp: aan wat in eerste decennia nog steeds genoemd werden on- en minvermogenen, schooltandverzorging en gebitsbehandeling in de ziekenfondsen.

In de halve eeuw sinds haar oprichting heeft de vereniging veel van wat zij nastreefde werkelijkheid zien worden: de met aarzeling ingevoerde schooltandverzorging hier en daar, ten dele weer teniet gedaan in de (crisis)jaren van bezuiniging is, ten slotte toch uitgegroeid tot een complex van plaatselijke stichtingen waaraan bij voortduring nieuwe worden toegevoegd; voorts de uitbouw en algemene regeling van de gebitsverzorging in het kader van de ziekenfondsverzekering. Al is de huidige omvang pas na de veertiger jaren tot stand gekomen, dan mag toch worden aangenomen dat de bewustwording van de wenselijkheid, zo niet noodzaak van een sociaal-tandheelkundige voorziening haar wortels heeft in de door toedoen van „Het Ivoren Kruis” gewekte begrip voor de waarde van een gezond gebit. Hoe groot zijn aandeel is geweest in de rijping van de geesten waardoor een en ander gestalte heeft verkregen, laat zich niet bepalen, echter ook niet overschatten. De talloze populaire uitgaven in de vorm van brochures, vouwbladen, boekjes voor de jeugd en voor volwassenen, suggestieve wandplaten, lezingen, filmvertoningen en niet het minst het steeds weer vernieuwde en aangevulde rondreizende museum,

hebben bij duizenden inzicht en belangstelling gewekt voor gebitsbehoud en -onderhoud.

Hoewel, gelijk gezegd, de vereniging zich uitsluitend is blijven beperken tot haar hoofddoel: de propaganda, zo is niettemin in haar midden het plan ontvouwd tot het in het leven roepen van wat zou worden genoemd de vereniging voor sociale tandheelkunde. De initiator was Professor HERINGA. De voor de doelstelling gebezigde formulering: het organiseren van tandheelkundige hulp voor on- en minvermogenden is door de sociaal-economische ontwikkeling obsoleet geworden; door de uitbouw van het ziekenfondswezen heeft deze terminologie (terecht) haar gangbaarheid en geldigheid verloren.

Bij al hetgeen in een halve eeuw in sociaal verband werd bereikt is er zeker geen reden de werkzaamheid van het Ivoren Kruis voor de toekomst als van minder betekenis te beschouwen. Zowel in als buiten de kringen van het grote publiek is er nog een gapend tekort aan begrip voor de waarde van een gezond gebit en een daarvoor noodzakelijke goede gebitsverzorging. De „dental mindedness” is nog voor een belangrijke ontwikkeling vatbaar. Daarvoor behoeft men slechts het oog te richten op het saneringspercentage bij de ziekenfondsverzekerden en het regelmatige verloop onder de gesaneerden, zomede de onverschillige en lakse houding van nog te veel ouders tegenover de schooltandverzorging.

Een aangelegenheid, waarvoor de geesten nog ontvankelijk moeten worden gemaakt, betreft de zorg voor het kleuter- en melkgebit. In welke mate Het Ivoren Kruis erin zal kunnen slagen de aan de organisatie verbonden specifieke, niet te onderschatten inhaerente moeilijkheden te doen trotseren, is aan de toekomst voorbehouden. Een woord van bijzondere hulde aan het erelid mevrouw Muntendam-Isebree Moens is in dit verband bij het gouden jubileum op zijn plaats. Zij toch heeft pionierswerk verricht en metterdaad aangetoond dat en op welke wijze verwelkoming mogelijk is. Vanaf de oprichting lid en later bestuurslid heeft zij vooral op deze wijze een prominente plaats bezet aan het front in de taaie strijd voor verbetering van de gebitsgezondheid bij het jonge kind. En die plaats neemt zij nog steeds in!

Dat Het Ivoren Kruis zijn propaganda in steeds omvangrijker mate kan bedrijven – het jongste jaarverslag geeft daaromtrent verrassende cijfers – is mede het gevolg van de materiële steun, die het van vele en velerlei zijden wordt verleend. Naast het steeds groeiende aantal leden onder de tandartsen zijn het niet minder tal van begunstigende instellingen en bedrijven, wier namen het bewijs vormen van het nut en gezag van deze organisatie. De leiders ervan beschikken ook buiten hun eigen terrein

over een goed onderscheidingsvermogen en zo laat zich uit de financiële bijdragen niet minder ook morele steun putten bij de volvoering van de taak van de Nederlandse Vereniging voor Mond- en Tandhygiëne, gelijk zij thans heet.

Dat zij deze ook op weg naar de volgende mijlpaal met evenveel volharding moge blijven vervullen! B.

SOCIALE TANDHEELKUNDE

ENIGE BESCHOUWINGEN EN GEGEVENS BETREFFENDE HET D.M.F. GETAL

DOOR

G. A. H. EIBRINK JANSEN

Gezien de belangstelling, welke mijn sedert 1953 gepubliceerde cijfers over de D.M.F. bij de Haagse schoolkinderen ondervinden, geef ik hieronder de resultaten, die uit de gegevens van de cursus 1958-59 bij de afdeling Schooltandverzorging van de G.G. en G.D. te 's-Gravenhage te voorschijn zijn gekomen.

In mijn eerste publicaties liet ik een uitgebreide tabel opnemen, die, omdat deze genoegzaam bekend zal zijn, voortaan achterwege kan blijven.

De uitkomsten werden berekend over een aantal van ongeveer 62.000 kinderen. De waarnemingen werden gedaan door 17 tandartsen, waardoor geringe verschillen in indicatie m.i. voldoende genivelleerd worden om tot vergelijkbare gegevens met andere jaren te komen.

Bij vergelijking van de laatste cijfers met die van 1951/52 valt een verdubbeling van de cariësfrequentie, vooral bij de jongere kinderen op.

Van een regelmatige stijging, zij het van een geringe, is nog steeds sprake (van 5.20 op 5.54 in de 6de klassen). Ook de lagere leeftijdsgroepen geven nog een geringe stijging te zien.

Ook het aantal cariësvrije gebitten (tabel D.M.F. = O) was weer iets minder dan vorig jaar.

D.M.F. PER KIND PER LEEFTIJDGROEP (KLASSE)

Klassen	I	II	III	IV	V	VI
Cursus 1951/52	0.55	1.34	1.82	2.16	2.44	3.04
Cursus 1952/53	0.59	1.39	2.11	2.50	2.95	3.54
Cursus 1953/54	0.80	1.57	2.32	2.86	3.37	4.22
Cursus 1954/55	0.90	1.86	2.44	3.06	3.76	4.42
Cursus 1955/56	1.05	2.04	2.78	3.22	4.02	4.81
Cursus 1956/57	1.—	2.07	2.83	3.44	4.01	5.05
Cursus 1957/58	1.12	2.20	2.89	3.66	4.42	5.20
Cursus 1958/59	1.13	2.20	3.—	3.71	4.52	5.54

PERCENTAGE MET EEN D.M.F. = 0

	1951/52	1952/53	1953/54	1954/55	1955/56	1956/57	1957/58	1958/59
1e klasse	63.1%	69.-%	61.9%	57.4%	53.4%	54.9%	51.8%	50.7%
2e klasse	42.7%	40.-%	36.5%	29.1%	26.6%	25.1%	22.4%	22.8%
3e klasse	34.1%	23.-%	20.8%	17.-%	13.-%	12.1%	10.8%	10.3%
4e klasse	26.-%	18.-%	12.7%	10.-%	8.3%	6.8%	5.8%	5.6%
5e klasse	22.4%	15.-%	10.2%	6.7%	5.2%	4.7%	3.6%	3.1%
6e klasse	16.6%	12.-%	7.6%	5.8%	3.5%	2.9%	2.6%	2.4%

Meer sprekend, dan deze gemiddelde cijfers, zijn de volgende feiten:

Bij 12-13 jarige kinderen komen op elke 100 kinderen 2, die cariës aan de *ondersnijtanden* vertonen. Dit zijn defecten, die slechts met de grootste inspanning conserverend te behandelen zijn.

Bij dezelfde groep zijn op elke 100 kinderen er 13, waarbij de vier *bovensnijtanden* aangetast. Deze defecten zijn wel wat gemakkelijker te herstellen, maar waar meestentijds gelijktijdig defecten aan de *premolaren* optreden, om van de rest niet eens te spreken, geven deze kinderen wel een zeer grote zorg.

Lezen we in de tabel van de 6de klasse, dat daar de D.M.F. 5.54 is, dan dienen we ons te realiseren, dat hierbij grote verschillen naar boven en naar beneden mogelijk zijn.

Herhaaldelijk komt het voor, dat kinderen na het verlaten van de school naar de Nazorg van de ziekenfondsen gaan met tot 16 gevulde elementen, dus een D.M.F. = 16. Hiertegenover staan dan ettelijke met b.v. een D.M.F. = 1 of 2, om het gemiddelde van 5.54 te bereiken.

Wij vragen ons af of bij een zo hoge D.M.F. het nog wel zin heeft conserverend te blijven behandelen. Tenzij de patiënt blijkt geeft van dental-mindedness en een zorgvuldig persoonlijk onderhoud, ziet immers de toekomst er toch donker uit.

Wat echter wel de moeite van het overdenken waard is, is de wetenschap, dat ook deze kinderen met hoge D.M.F. in hun schoolperiode van kies- en tandpijn vrijblijven dank zij het tijdig ingrijpen van de schooltandarts.

Hoe zou de toestand er uit zien, als er eens geen schooltandverzorging zou zijn?