

NABLOEDINGEN

DOOR

G. BOERING, Wetenschappelijk ambtenaar

Inleiding

Onder een nabloeding verstaat men in de tandheelkunde een vrij hevige en langdurige bloeding uit een extractiewond, die kortere of langere tijd na het tijdstip van extractie optreedt. Eenvoudigheidshalve kan men hier toe ook de bloeding rekenen, welke direct in aansluiting van de extractie ontstaat en daarna abnormaal lang blijft voortduren. De behandeling van deze bloedingen door de tandarts blijkt in de praktijk nogal eens moeilijkheden met zich te brengen. Het is daarom misschien nuttig nog eens uiteen te zetten, hoe vrijwel elke nabloeding, voorzover deze niet aan ernstige bloed- of vaatafwijkingen te wijten is, tot staan gebracht kan worden.

Statistiek

Ter oriëntatie omtrent localisatie, tijdstip van optreden en aard der bloedingen, werden de ziektegeschiedenissen nagegaan van honderd patiënten, die bij ons voor een nabloeding behandeld werden.

Uit hun anamneses bleek, dat vijftig van hen sinds het tijdstip van de extractie hadden gebloed. Van achtentwintig patiënten werd vermeld, dat de bloeding enige uren tot enige dagen na de extractie opnieuw begonnen was. Van de andere patiënten ontbraken deze gegevens. Eenenvertig van deze honderd patiënten riepen de avond of de nacht van de dag, waarop de extractie had plaats gevonden onze hulp in, dikwijls omdat zij de „nacht niet in durfden”. Veertien meldden zich op het spreekuur van de volgende morgen, terwijl zeventien pas de avond van de volgende dag verschenen. Van de rest verscheen het grootste deel, n.l. eenentwintig, twee tot zes dagen na de extractie. Bij zeven patiënten was de behandeling nog nodig zes of meer dagen na de verwijdering van het gebitselement.

De oorzaak van het abnormaal lang duren of het opnieuw optreden van de bloeding was in het grootste deel der gevallen, n.l. eenenzestig, niet bekend. Tien patiënten gaven te kennen, dat zij reeds eerder een nabloeding hadden gehad. Eén patiënt kreeg in verband met een hartinfarct anti-trombotische middelen, hetgeen de behandelende tandarts niet bekend was. Het aantal patiënten met manifeste stoornissen in het stollingsmechanisme was relatief slechts gering, n.l. drie patiënten met haemofilie en één patiënt met een gebrek aan fibrinogeen.

Alle vier werden zij klinisch door ons behandeld met transfusies en een maximum aan locale therapie; deze gevallen behoren eigenlijk niet tot de nabloedingen, zoals wij die gewoonlijk te behandelen krijgen.

Tot de belangrijkste locale oorzaken van een nabloeding moet een slechte verzorging van de extractiewond worden gerekend. In achttien gevallen troffen wij een rafelige wondrand aan met ingescheurd slijmvlies, losliggende botsplinters of scherpe botpunten.

Slechts in twee gevallen was er sprake van een arteriële bloeding, beide in het onderfront.

In elf gevallen werd aangegeven, dat de gingiva ontstoken was en dat er een slechte mondhygiëne bestond.

De nabloedingen bleken het vaakst in de molaarstreek voor te komen, en wel eenenveertig maal in de onderkaak en drieënveertig keer in de bovenkaak. Vermoedelijk houdt dit verband met de grootte van de wond. Het resterende aantal was vrijwel gelijkelijk over de andere plaatsen in de mond verdeeld.

Oorzaken

De oorzaken van de nabloeding kunnen van locale of algemene aard zijn; de belangrijkste werden onder het hoofdstuk statistiek reeds even genoemd. Dikwijls is er echter geen duidelijke locale oorzaak aan te wijzen en vindt ook de internist geen abnormaal bloedstollingsmechanisme. Men meent het ontstaan van een nabloeding in deze gevallen te moeten toeschrijven aan het uitgewerkt raken van de adrenaline van het locale anestheticum en het vermoeid raken van de contractiele elementen in de vaatwand, waardoor de bloedvaten verwijden en de trombus deze niet meer kan afsluiten. De juistheid van deze theorie is echter niet bewezen, terwijl ook niet bekend is of het gebruik van een lokaal anestheticum zonder vaatvernauwend middel of een narcose de kans op het optreden van een nabloeding kleiner doet worden.

Behalve na enige uren kan een nabloeding ook optreden één of meer dagen na de extractie. Als oorzaak wordt vaak opgegeven een ontsteking van de extractiewond met verval van het coagulum. In de praktijk bemerkt men hiervan echter weinig. Waarschijnlijker is het, dat deze late vorm van nabloeding verband houdt met de resorptie van het coagulum, hetgeen met een ingroei van vaatrijk jong bindweefsel gepaard gaat.

De *algemene oorzaken* voor het ontstaan van moeilijk te stelpen bloedingen, welke veroorzaakt worden door stoornissen in het stollingsmechanisme of door afwijkingen in de vaten, zullen hier niet besproken worden. De hemofilie en de essentiële trombopenie zijn hiervan wel de

belangrijkste. Vanzelfsprekend zal er ook een verhoogde neiging tot bloeden bestaan bij de patiënten, die behandeld worden met anticoagulantia. Verhoudingsgewijs vormen de bekende algemene oorzaken slechts een klein percentage van het totale aantal nabloedingen. Behalve aan hun zeldzaam voorkomen is dit waarschijnlijk mede toe te schrijven aan het feit, dat deze patiënten hun afwijking kennen en zich klinisch laten behandelen.

Bij sommige patiënten kan men niet aan de indruk ontkomen, dat zij een zekere hemorragische diathese hebben, ofschoon bij intern onderzoek vaak geen duidelijke afwijking gevonden wordt.

Van de aanwijsbare *locale oorzaken* is de slechte verzorging van de extractiewond met ingescheurde of gekwetste slijmvliesranden wel de belangrijkste. Multiple extracties in één kaakhelft, waarbij de buccale en de palatinale c.q. linguale slijmvliesranden over een grote afstand worden gescheiden verhogen de kans op nabloedingen.

Is er een slechte mondhygiëne met hyperemische gingiva of zijn er op de röntgenfoto wijde voedingskanalen in de processus alveolaris te zien, dan dient men eveneens zijn voorzorgen te nemen.

Localisatie

De meeste nabloedingen of abnormaal lang durende bloedingen na een extractie komen in de molaarstreek voor. De bloedingen vertonen meestal een diffuus karakter en hun oorsprong in de extractiewond is gewoonlijk moeilijk te vinden, d.w.z. het is vaak moeilijk vast te stellen of men met een botbloeding, dan wel met een slijmvliesbloeding te maken heeft.

Waarschijnlijk is de bloeding uit de gingivarand de belangrijkste, een behandeling gericht op het stelpen hiervan, heeft namelijk in de meeste gevallen van nabloeding succes.

Behandeling

Alvorens tot de behandeling over te gaan, nemen wij eerst een korte anamnese op, waarbij het ons vooral interesseert of de patiënt bij verwondingen altijd abnormaal lang bloedt, voorts of hij na een stomp trauma gemakkelijk blauwe plekken krijgt en of hij met antitrombotische middelen behandeld wordt. Wij informeren naar het tijdstip, waarop de extractie heeft plaats gevonden, of deze zonder complicaties is verlopen en of de bloeding bij de extractie direct al abnormaal hevig was.

Vaak is de patiënt angstig en voelt zich ziek door het vele ingeslikte bloed. Wij trachten hem daarom, ook door onze manier van optreden, gerust te stellen en laten hem in de stoel plaats nemen in een zo gemak-

kelijk mogelijke houding. Zijn gezicht wordt gereinigd en de soms zeer grote stolsels uit zijn mond met een gaas verwijderd. Na het vaststellen van de aard en de localisatie van de bloeding wordt locale anesthesie gegeven. Gedurende de tijd, die het anestheticum nodig heeft om in te werken laten we de patiënt op een druktampon dichtbijten en leggen ondertussen het instrumentarium klaar. Meestal vermindert de intensiteit van de bloeding hierna snel en kan de extractiewond geïnspecteerd worden. In die gevallen, waarbij het vermoeden bestaat, dat er bij de extractie een wortelrest is achtergebleven, verdient het aanbeveling nu een röntgenfoto te maken, opdat deze radix straks bij het hechten niet in de diepte zal worden ingesloten.

Als er verder geen complicaties zijn, kan nu begonnen worden met de eigenlijke behandeling van de bloedende extractiewond. Zijn de wondranden gaaf en ziet de wond er verder ook goed uit, dan kan worden volstaan met het hechten van de alveole zonder meer. Het is dikwijls verrassend te zien, hoe snel de bloeding stopt na het leggen van twee à drie hechtingen, welke stevig worden aangetrokken. Bij een minder fraai wondbeeld, zoals vaak voorkomt na multiële extracties, wordt eerst voor een eenvoudig wondtoilet gezorgd. De alveole wordt geëxcochleëerd, rafelige slijmvliesranden worden bijgeknipt; losse botsplinters verwijderd en scherpe botpunten gecorrigeerd. Daarna wordt de slijmvlieswond gehecht. Het is hierbij meestal geen bezwaar, dat de tegenoverliggende wondranden elkaar niet raken. In de molaarstreek zal dit als gevolg van de breedte der alveolen trouwens meestal ook niet zonder meer mogelijk zijn. Primair sluiten is hier alleen te bereiken door de buccale alveolerand en de interdentale septa te verlagen en het slijmvlies eventueel te mobiliseren. Deze uitgebreide behandeling is echter bijna nooit geïndiceerd en gaat bovendien ten koste van de processus alveolaris als basis voor een eventueel later te vervaardigen prothese.

Instrumentarium

Het instrumentarium bestaat uit een rechte naaldvoerder, enige halfcirkelvormige hechtnaalden van 13 en 17 mm (gemeten van oog tot punt), een recht of gebogen chirurgisch pincet, een tandvleesschaartje en eventueel een knabbeltang voor het geval correctie van de alveoleranden nodig mocht blijken. Een scherpe lepel, een mes en een raspatorium zijn alleen nodig bij een uitgebreid wondtoilet. Een afzuigapparaat voor bloed en speeksel vergemakkelijkt het werk zeer, doch is niet absoluut noodzakelijk. Voor het verwijderen van het bloed moeten voldoende gaastampons klaargelegd worden (fig. 1).

Hechtmateriaal

Als hechtmateriaal gebruiken wij meestal catgut, doch men kan ook dubbel getwijnde nylon of zijde nemen. Elk heeft zijn voor en tegen. Een catguthechting wordt geresorbeerd en hoeft niet verwijderd te worden. Hij wordt daarom in het algemeen alleen gebruikt voor het hechten van diepere lagen en het afbinden van vaten. Doordat rondom elke hechting een resorptieve ontsteking ontstaat en de draden en knopen door het opnemen van vocht opzwellen, ziet een met catgut gehechte wond er in de mond vaak minder „schoon” uit, dan die waarbij nylon is gebruikt. Bovendien „houdt” een nylonhechting langer dan een catgutdraad. Om

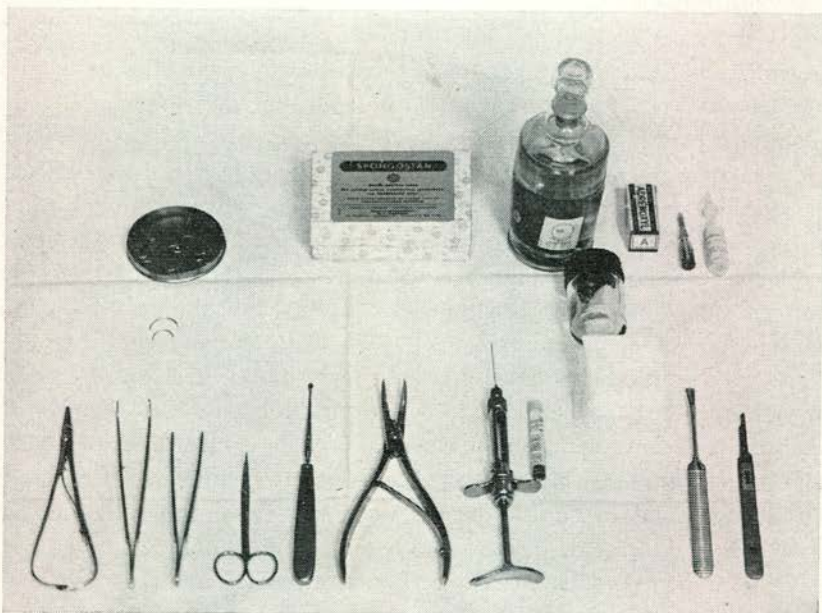


Fig. 1. Instrumentarium en bloedstelpende middelen voor de behandeling van nabloedingen: (bovenste rij van links naar rechts) naalden (naaldendoos), spongostan, catgut steriel verpakt, adrenoxyl in tabletten en vloeibaar in ampul, trombine voor locale toepassing en (onderste rij van links naar rechts) naaldvoerder, gebogen chirurgisch- en recht anatomisch pincet, tandvleesschaartje, scherpe lepel, knabbeltang, injectiespuit met carpule injectievloeistof, gaasvierkantjes, raspatorium en een klein buikig mes. Tussen beide rijen bevindt zich nog een flesje met schroefdoop met steriele, op maat geknipte stukjes spongostan.

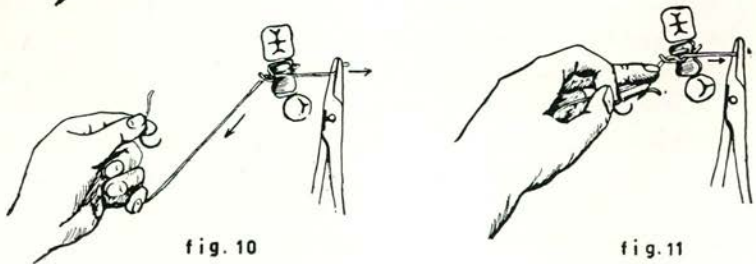
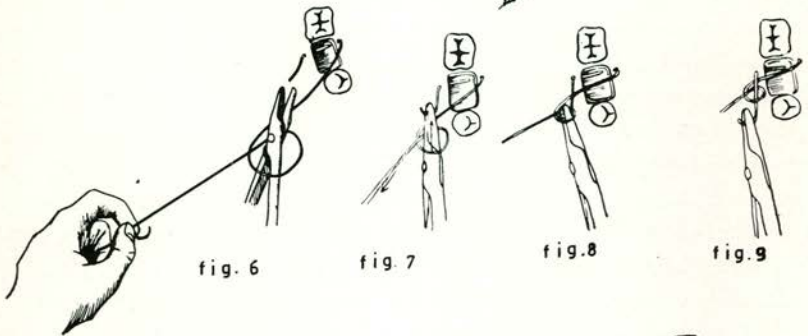
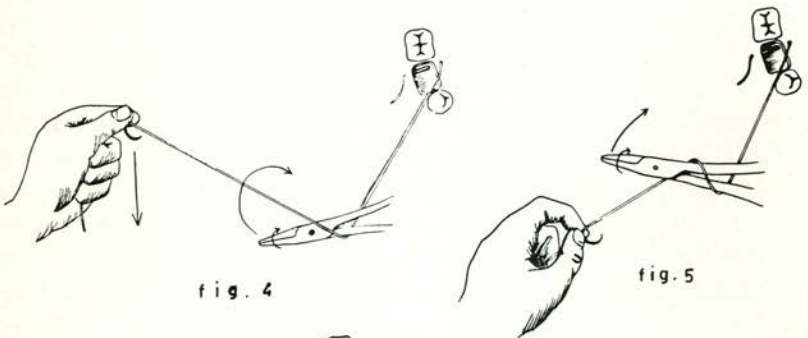
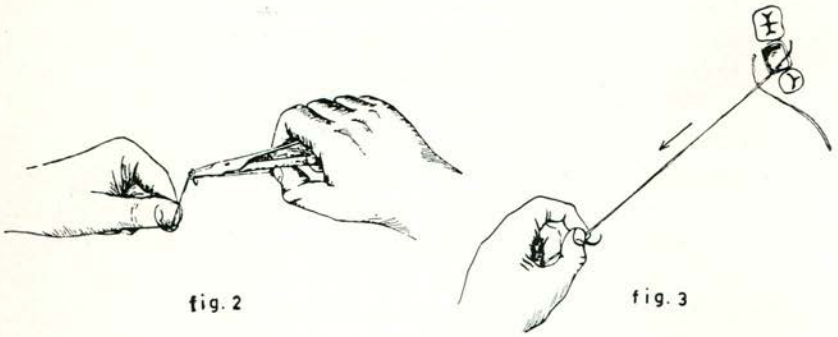
deze redenen gebruiken wij in die gevallen, waarbij aan de hechting hoge eisen worden gesteld, bij voorkeur nylon. Beide soorten hechtmateriaal zijn tegenwoordig in handige flessen steriel verkrijgbaar in verschillende

diktes, welke door nullen worden aangegeven, met dien verstande, dat een groter aantal nullen een dunnere draad betekent. De meest door ons gebruikte dikte is 00 (dubbel nul) (fig. 1).

Hechttechniek

Om een nabloeding doeltreffend te kunnen behandelen is het noodzakelijk enige vaardigheid in het hechten te bezitten. Aan de hand van tekeningen zullen wij enige eenvoudige methoden beschrijven, zonder echter enige aanspraak op volledigheid te maken. Om de draad in de naald te krijgen pakt men de naald vlak onder het oog in het spitse uiteinde van de naaldvoerder beet. Hierna neemt men een hecht draad van 30 à 40 cm lengte, het ene uiteinde houdt men tussen duim en wijsvinger van de rechterhand, waarin zich ook de naaldvoerder bevindt, het andere uiteinde neemt men tussen duim en wijsvinger van de linker hand en beweegt dit naar de top van de naaldvoerder. De draad wordt nu strak getrokken, terwijl hij gefixeerd is in de hoek tussen deze top en het scherpe eind van de naald, om vervolgens via de wigvormige opening in het oog getrokken te worden (fig. 2). Wij halen de draad daarna zover door het oog, dat een lange en een korte teugel ontstaan, dit om te voorkomen, dat hij straks bij het doorhalen door het slijmvlies steeds dubbel zal zijn. Nadat de naald op de juiste manier in de naaldvoerder is gefixeerd, wordt hij in het slijmvlies gestoken, ongeveer 2 à 3 mm van de wondrand, waarbij men er op let, dat de punt het slijmvliesoppervlak loodrecht treft. Men hecht bij voorkeur van buccaal naar linguaal, omdat het buccale slijmvlies in het algemeen het meest mobiel is. In de molaarstreek in de onderkaak kan het soms van voordeel zijn, van linguaal naar buccaal te hechten, omdat men dan met de naaldvoerder de tong weg kan houden. Het nadeel van deze manier is echter, dat men vaak „de bocht niet kan krijgen” en de naald in de wang uitkomt. In dit gebied met zijn dunne linguale mucosa verdient het aanbeveling, de naald vlak boven de linguale alveole rand in te steken om de kans op uitscheuren zo klein mogelijk te maken. Om dezelfde reden is het verstandig in het begin de naald eerst door de ene wondrand te steken, daarna de draad door te halen en vervolgens de tegenover liggende rand te nemen. Bij het door de gingiva schuiven van de naald wordt met de naaldvoerder een draaiende beweging uitgevoerd, welke is aangepast aan de kromming van de naald. Door op deze manier tractie op de gingivarand te vermijden wordt uitscheuren voorkomen.

Na het „doorhalen” van de draad volgt het knopen. Ook hiervoor bestaan weer diverse methodes, die er echter alle op gericht zijn om snel uitgevoerd te kunnen worden, zonder dat de draadeinden van de ene hand



in de andere behoeven te worden overgegeven, daar dit vaak moeilijk gaat als men met rubber handschoenen werkt.

Het *knopen* kan „met de hand” geschieden of *met de naaldvoerder*. Deze laatste methode is het gemakkelijkst te leren en zal het eerst besproken worden. De tekeningen (fig. 3 t/m 11) geven de diverse uit te voeren bewegingen aan. Men begint met een lange en een zeer korte teugel te maken, door het eind met de naald er aan zover mogelijk door de wond te halen (fig. 3). De naald kan men aan de draad laten zitten tijdens het knopen. Zoals in fig. 4 is te zien laat men nu de naaldvoerder met de bek naar zich toe wijzen en slaat er een lus omheen met de lange teugel (fig. 5). Vervolgens draait men de naaldvoerderbek naar de korte teugel en pakt deze aan het uiteinde beet (fig. 6). Hierna laat men de lus van de naaldvoerder afglijden om de korte teugel (fig. 7, 8 en 9); door nu beide teugels, doch voornamelijk de lange, aan te trekken (fig. 10) ontstaat een enkelvoudige knoop (fig. 11), die echter nog gemakkelijk losschuift. Om dit te voorkómen maakt men nog eens dezelfde lus. Nu kan de knoop meestal nog iets aangetrokken worden, zonder dat hij weer los schuift. Door nu nog een lus te vormen om de naaldvoerder in tegenovergestelde richting zal de hechting niet meer los gaan. Slaat men in het begin de draad tweemaal om de naaldvoerder dan zal de eerste knoop niet zo gemakkelijk verglijden en kan men volstaan met daarna nog één enkele lus te formeren (chirurgische knoop). In het begin worden vaak twee fouten gemaakt, in de eerste plaats, dat men de lus om de naaldvoerder niet ruim genoeg neemt, waardoor deze moeilijk van de naaldvoerder afglijdt, in de tweede plaats dat men de korte teugel niet bij het uiteinde, doch ergens in het midden beetpakt: bij het doorhalen ontstaat dan een lus.

Bij het *knopen met de hand* begint men met twee teugels van ongeveer gelijke lengte (fig. 12). De ene teugel wordt vastgehouden tussen duim en wijsvinger van de rechterhand en de andere tussen duim en middenvinger van de linkerhand, terwijl de wijsvinger de teugel spant. Dit gespannen deel wordt nu met de rechter teugel gekruist (fig. 13) en ook tussen duim en wijsvinger van de rechterhand vast gehouden. De linker wijsvinger trekt daarna de oorspronkelijke rechter teugel naar zich toe (fig. 14) en haalt met de dorsale zijde het deel van de oorspronkelijke linker teugel, dat gespannen wordt tussen duim en wijsvinger rechts en middenvinger en duim links (fig. 15), door de aldus gevormde driehoek (fig. 16).

De linker duim wordt hierna snel naar de wijsvinger gebracht om dit deel te pakken (fig. 17) en door te halen (fig. 18). De aldus buiten de mond gevormde knoop wordt nu met één van beide wijsvingers op zijn plaats geschoven en daar gefixeerd tijdens het aantrekken van de knoop, dit om

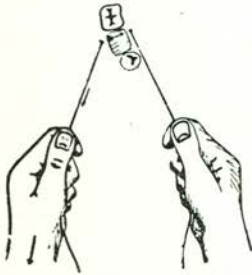


fig 12

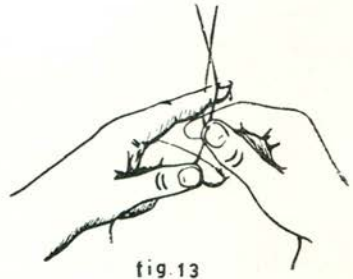


fig 13



fig.14



fig.15

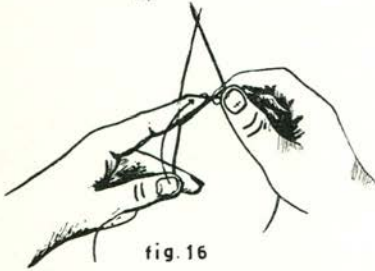


fig.16



fig 17

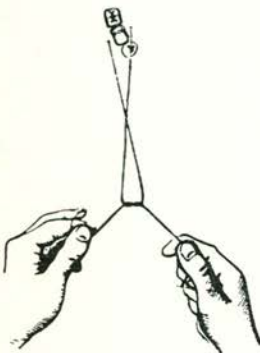


fig.18

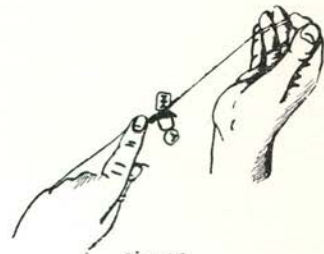


fig.19

uitscheuren te voorkomen (fig. 19). Ook hier legt men eerst twee gelijke knopen op elkaar, waarna de hechting meestal nog iets aangetrokken kan worden, en daarna de derde, die met de andere hand wordt gelegd en waardoor de knoop gefixeerd wordt. Het slijmvlies wordt aldus stevig over de benige alveolerand getrokken, hetgeen waarschijnlijk de belangrijkste oorzaak is van het ophouden van de bloeding. Het effect is te vergelijken met een druktampon op de alveole, waarop stevig wordt dichtgebeten n.l. een lichte anemie van de slijmvliesranden.

Beide knooptechnieken hebben hun voor en tegen en er is geen nauwkeurige indicatie voor te geven. De methode met de naaldvoerder is het gemakkelijkst onder de knie te krijgen en daarom speciaal geschikt om mee te beginnen als men het hechten nog moet leren. Het is een snelle methode, doordat men de naald aan de draad kan laten zitten en bovendien een zuinige methode, omdat verschillende hechtingen gelegd kunnen worden van één draad. Dit laatste is vooral van belang, als men een atraumatische naald en erg kostbaar hechtmateriaal gebruikt (hetgeen in de mond eigenlijk nooit nodig is).

Wanneer zeer nauwkeurig hechten vereist is, knopen wij meestal met de hand, omdat dan beter te voelen is hoe strak de hechting wordt aange trokken.

Het aantal hechtingen per extractiewond hangt af van de breedte van de alveole in mesio-distale zin en van het doel, dat beoogd wordt. Bij éénwortelige elementen is één hechting midden over de alveole gewoonlijk voldoende, bij meerwortelige elementen kan meestal met twee à drie worden volstaan.

Het heeft geen zin de hechtingen dichter dan 4 à 5 mm naast elkaar te leggen, omdat hierdoor de genezing van de wondrand vertraagd wordt. Van de meer bijzondere vormen van hechtingen vindt eigenlijk alleen de matrasnaad toepassing op ons terrein.

Tijdens het leggen van de knoop zorgt men er voor, dat deze niet op de wondrand komt te liggen, om irritatie hiervan te voorkomen. Bovendien heeft dit het voordeel, dat de hechting later op de juiste manier verwijderd kan worden. Men pakt hiertoe de knoop met een pincet beet, trekt hem iets van het weestel af en knipt er onderdoor. Hierdoor wordt bereikt, dat niet het deel van de hechting, dat sterk verontreinigd is door de mondvloei stof, door de hechtwond wordt gehaald.

De hechtingen kunnen na 4 à 5 dagen verwijderd worden, langer laten zitten heeft meestal geen zin, omdat ze na deze periode meestal volkomen los in het weefsel liggen.

Bloedstelpende middelen

Van de bekende haemostyptica, zoals spongostan, sangostop, topostasin, geoxydeerde cellulose etc., wordt het spongostan door ons het meest gebruikt.

Spongostan is een witte gelatine-spons met een locale bloedstelpende werking. Het dient als houvast voor het zich vormende coagulum en heeft het grote voordeel, dat het door het lichaam volledig geresorbeerd wordt. Bij het stelpen van een bloeding worden één of meer stukjes in een fysiologische zoutoplossing gedrenkt, uitgeknepen en vervolgens in de van te voren gereinigde alveole gestopt. Door de alveole te hechten wordt het spongostan op zijn plaats gehouden. Eventueel kan men één of meer blokjes spongostan, na ze te hebben samengeknepen tot een rolletje, ook droog in de alveole stoppen, zij zuigen zich dan vol bloed en zwellen sterk op. Door het uitpuilende spongostan wordt het hechten sterk bemoeilijkt; het verdient daarom aanbeveling de hechtdraden van te voren reeds losjes door de wondranden te halen en ze tijdens het inbrengen van het spongostan op te lichten, om ze daarna stevig aan te halen en snel te knopen, waardoor de wondranden naar elkaar worden toegebracht en het spongostan in de alveole wordt gefixeerd. Het wordt vaak gebruikt in de molaarstreek, wanneer door het hechten zonder dit hemostypticum nog een grote open wond over zou blijven.

Om infectie tegen te gaan wordt wel aanbevolen het spongostan voor het gebruik in een geconcentreerde penicilline-oplossing te drenken of van te voren een kegeltje, bestaande uit een antibioticum of marbadal in de alveole te brengen. Er gaan echter tegenwoordig steeds meer stemmen op tegen het profylactisch en lokaal toepassen van antibiotica in kleine hoeveelheden. Bovendien is deze maatregel waarschijnlijk dikwijls overbodig.

Een reeds enige dagen oude of duidelijk geïnfecteerde bloedende extractiewond zal men na reiniging liever stevig tamponneren met gevase-lineerd jodoformgaas.

Trombine. In de zeldzame, zeer ernstige gevallen van nabloeding verdient het aanbeveling het spongostan te drenken in een geconcentreerde oplossing van trombine voor locale toepassing.

Adrenoxyl. Ter ondersteuning van de locale behandeling kan men als algemene maatregel 1 à 2 injecties van 1cc, bevattende 5 mg. per cc adrenoxyl intramusculair geven, voordat men met het wondtoilet begint. Bovendien geeft men de patiënt enige tabletten mee naar huis, waarvan hij er om de vier uur één inneemt. Adrenoxyl (Carbazochromum) is een hemostaticum, dat o.a. een vitamine P.-factor bevat en dat alleen werkt op de vasculaire factoren van de hemostase. Over de waarde van dit

middel bij het stelpen van nabloedingen zijn de meningen nog verdeeld. Het wordt door ons de laatste tijd steeds minder toegepast. In de honderd gevallen bleek het slechts acht maal geïnjiceerd te zijn, altijd in combinatie met een locale therapie.

Bij achtendertig van de reeds genoemde honderd patiënten bestond de locale behandeling alleen uit het hechten van de bloedende alveole, bij dertig werd dit gecombineerd met de toepassing van spongostan. Dit laatste is waarschijnlijk niet in alle gevallen strikt noodzakelijk geweest, doch het geschiedde meer als extra veiligheidsmaatregel om de kans op recidief zo klein mogelijk te maken.

Eenentwintig keer werd wondtoilet verricht, voordat de alveole werd gehecht. In acht gevallen werd de alveole getamponneerd. Het bijten op een druktampon bleek in drie gevallen voldoende te zijn om de bloeding te stelpen. Slechts tweemaal trad recidief op.

Complicaties

Complicaties bij het stelpen van nabloedingen zijn zeldzaam. Met de boven beschreven methoden kan elke nabloeding met succes behandeld worden. Soms voelt de patiënt zich ziek en vertoont hij braakneigingen ten gevolge van het vele bloed dat hij heeft ingeslikt. Ook komt het voor, dat de patiënt flauw valt, zodra hij in de behandelstoel zit; psychische factoren spelen hierbij een belangrijke rol. Door de patiënt gerust te stellen en achterover te leggen, wordt de normale bloedtoevoer naar de hersenen meestal spoedig hersteld. Het gebeurt zeer zelden, dat een patiënt in korte tijd zoveel bloed verliest, dat hij in shock geraakt is, voordat hij ter behandeling kan komen. Patiënten, waarvan men mag aannemen, dat zij vrij veel bloed hebben verloren, kan men adviseren veel te drinken (bouillon, warme melk, etc.), om hun verlies van vocht en electrolyten weer zo snel mogelijk op peil te brengen.

Hoogst zelden zal men in de algemene praktijk een bloeding te stelpen krijgen, welke te wijten is aan een abnormaal stollingsmechanisme.

Profylaxe

Ook voor nabloedingen geldt, dat voorkómen beter is dan genezen. Het is echter om praktische en economische redenen ondoenlijk elke extractiewond zo te verzorgen, dat een nabloeding niet kan ontstaan. In de praktijk zal het er op neer komen, dat alleen de suspecte gevallen zodanig behandeld worden, dat de kans op het ontstaan van een nabloeding tot een minimum beperkt wordt. Het is daarom van belang deze gevallen te onderkennen. Uit de anamnese kunnen we te weten komen of de patiënt na

een verwonding abnormaal lang bloedt en of hij gauw „blauwe plekken” krijgt na een gering trauma. De meeste patiënten met een abnormaal bloedings-stollingsmechanisme weten dit van zichzelf en vertellen dit meestal spontaan. Bij oudere mensen moet men verdacht zijn op het gebruik van antitrombotische middelen.

Ofschoon het zeker niet zò is, dat wanneer éénmaal een nabloeding is opgetreden, dit na een volgende extractie ook weer zal geschieden, kan men in deze gevallen toch maar beter het zekere voor het onzekere nemen. Theoretisch zou het misschien juister zijn voor de extractie bloedings- en stollingstijd en de fragiliteit der capillairen te bepalen, doch in de praktijk stuit dit meestal op te grote moeilijkheden. Bovendien vertonen sommige patiënten een hemorragische diathese zonder dat dit met de gewone middelen te bepalen is. Ook de reeds eerder genoemde locale factoren, zoals een hyperemische gingiva, rafelige multiple extractiewonden en wijde voedingskanalen op de röntgenfoto in het onderfront, vormen een indicatie tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Belangrijk voor het voorkómen van nabloeding is dus het lege artis uitvoeren van de extractie zonder scheur- of kwetswonden. Mochten deze toch zijn ontstaan, dan dienen ze zó te worden verzorgd, dat nabezwaren worden voorkómen. Flardige wondranden worden bijgeknipt, scherpe botpunten en losliggende splinters verwijderd en de ingescheurde gingiva wordt gehecht.

Het komt echter ook voor, dat de wond direct in aansluiting op de extractie reeds hevig bloedt, zonder dat bovengenoemde ongunstige locale factoren in het spel zijn; meestal is een druktampon voldoende om deze bloeding te stoppen. Men laat de patiënt na de extractie niet spoelen, doch verzoekt hem stijf dicht te bijten op een stevig opgerold gaas, dat op de alveole wordt gelegd en boven het occlusieniveau uitsteekt. De bloedvaten van de slijmvlies-periostwond worden dicht gedrukt en het zich in de alveole vormende coagulum wordt beschermd. Eventueel kan deze druktampon van te voren nog worden gedrenkt in een hemostypticum zoals sangostop, dat pectine, een vruchtenbindmiddel, als werkzaam bestanddeel bevat. Men laat de patiënt nu teruggaan naar de wachtkamer met deze druktampon en controleert na ongeveer een kwartier of de bloeding tot staan is gekomen, hetgeen meestal wel het geval zal zijn. Dat deze zeer eenvoudige maatregel waarschijnlijk nog vaak achterwege wordt gelaten, moge blijken uit het feit, dat, wanneer de door onze patiënten verstrekte gegevens juist zijn, vijftig van de honderd patiënten reeds bloedden sinds het moment van extractie. Veiligheidshalve kan men de aldus behandelde patiënt enige gaasjes mee naar huis geven; men dient hem daarbij omtrent het juiste gebruik hiervan duidelijk te instrueren, en

uit te leggen, dat het in de eerste plaats aankomt op de druk op de wond. Men waarschuwt hem voor overmatig spoelen en adviseert hem bij het gaan slapen er voor te zorgen, dat zijn hoofd niet te laag ligt. Als de druktampon geen succes heeft is hechten van de extractiewond geïndiceerd, eventueel nadat de alveole stevig opgevuld is met spongostan.

Als de extractiewond niet is geïnfecteerd, is het niet gewenst, deze te tamponneren, alléén om een bloeding te stelpen. De genezing van de alveole wordt erdoor vertraagd en verwijdering van de tampon geeft een hernieuwde kans op een bloeding. In geen geval mag men losse watten in de alveole stoppen, een wattenprop kan door zijn vezelig karakter naderhand moeilijk geheel verwijderd worden, terwijl hij doordrenkt met bloed en speeksel een broedplaats voor bacteriën kan worden. Bij patiënten met een abnormaal bleedings-stollingsmechanisme kunnen ernstige nabloedingen alleen worden voorkomen, door hen klinisch te behandelen en pas te extraheren nadat zij van te voren in optimale conditie zijn gebracht door de internist of kinderarts. Meestal verdient het aanbeveling van te voren een beschermingsplaatje van kunsthars te maken, dat de extractiewond volledig kan bedekken. Door middel van orthodontische ankers of ligaturen wordt het stevig op zijn plaats gehouden, nadat de wond met een maximum aan locale maatregelen (opvullen van de alveole met in trombine gedrenkte spongostan en hechten) is verzorgd. Bieden de elementen te weinig houvast voor het plaatje, gelijk bij kinderen nogal eens voorkomt, dan is het mogelijk druk uit te oefenen door de patiënt op de plaat te laten dichtbijten. Dit kan men nog ondersteunen door een hoofdkinkap met elastiekspanning. Arteriële of veneuze bloedingen uit operatiewonden zijn zeldzaam op ons gebied en de algemeen practicus zal deze zelden of nooit te behandelen krijgen, zodat zij hier onbesproken kunnen blijven.

Samenvatting

Het stelpen van een nabloeding behoort tot de taak van de tandarts. Aan de hand van ervaringen opgedaan bij honderd patiënten met een nabloeding worden oorzaak, localisatie en tijdstip van optreden van de bloeding besproken. Ongeveer de helft van de bloedingen blijkt vanaf het moment van extractie te bestaan. Bij de behandeling is het hechten van de extractiewond de belangrijkste maatregel. Een eenvoudige hechttechniek wordt daarom besproken. Locale bloedstelpende middelen kunnen eveneens van belang zijn bij hardnekkige bloedingen; enige door ons gebruikte hemostyptica worden daarom in het kort besproken.

Door de algemene en locale predisponerende factoren voor het ontstaan van nabloedingen te onderkennen en de suspecte gevallen profylactisch te behandelen, kan het optreden van deze complicatie tot een minimum worden beperkt.

Boering

Patiënten met een abnormaal stollingsmechanisme moeten vóór elke extractie worden opgenomen en behandeld met een maximum aan locale en algemene maatregelen.

Literatuur

- ARCHER, H.: A Manual of Oral Surgery
Philadelphia and Londen, 1952, W. B. Saunders Company.
- KRÜGER, G. O.: Textbook of Oral Surgery
St. Louis 1959, The CV Mosby Company.
- ROWE, N. L. and H. C. KILLEY: Fractures of the Facial Skeleton
Edinburgh and London 1955, E. and S. Livingstone Ltd.
- THOMA, K. H.: Oral Surgery
St. Louis 1952, The CV Mosby Company.