

AFWIJKINGEN IN HET KAAKGEWRICT
 NAAR AANLEIDING VAN STOORNISSEN
 IN HET KAUWORGGAAN (V)

DOOR A. A. D. DERKSEN

In voorgaande beschouwingen werd een poging ondernomen de etiologie en de klinische- en röntgenologische verschijnselen met betrekking tot bepaalde bezwaren, die het kaakgewricht kan vertonen, te bespreken, waarna een overzicht werd gegeven van de behandelingsmogelijkheden die de tandarts ten dienste staan. In aansluiting hierop lijkt het gewenst mededeling te doen van een aantal voorlopige cijfers, die werden samengesteld aan de hand van de eerste op het Tandheelkundig Instituut te Utrecht behandelde gevallen.

Eigen waarnemingen

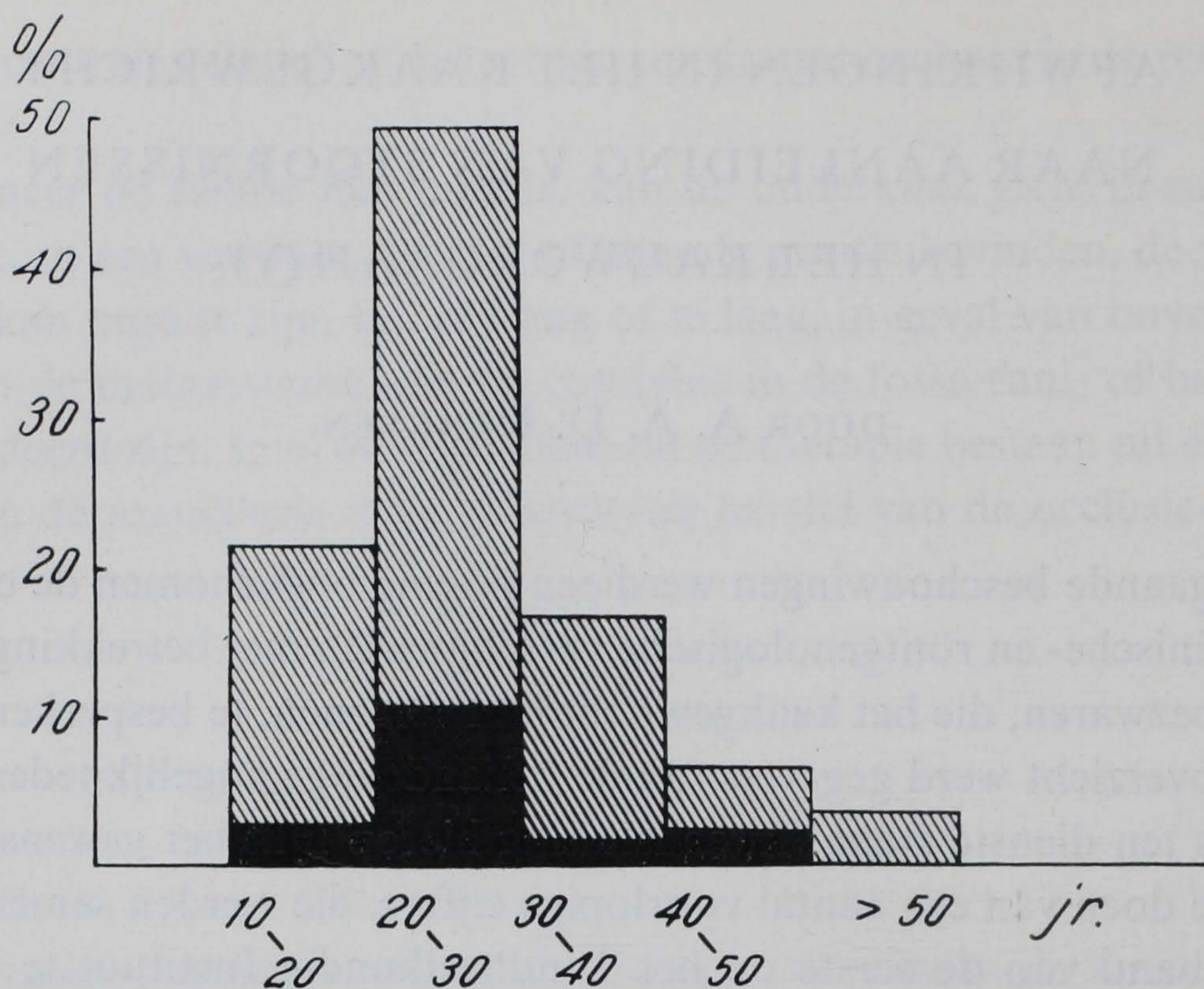
Het patiëntenmateriaal, waarop de hierna volgende gegevens betrekking hebben, omvat 76 patiënten die door ons voor gewrichtsbezwaren werden behandeld.

Bij de tabel die de leeftijdsverdeling aangeeft, is het aantal daarin verwerkte patiënten 90. Dit verschil (14) is ontstaan, doordat een aantal (8) door ons, met advies, naar de eigen tandarts voor behandeling werd verwezen, enige (4) na oproep niet verschenen zijn, terwijl de overigen (2) zich aan behandeling hebben onttrokken.

Tabel III geeft de leeftijdsverdeling van 90 patiënten (14 ♂ en 76 ♀) in aantallen en procenten.

TABEL III

leeftijds- groepen	♂		♀		totaal	
	aant.	%	aant.	%	aant.	%
≤ 20	2	2	18	20	20	22
21-25	7	8	19	21	26	29
26-30	2	2	17	20	19	22
31-35			8	9	8	9
36-40	1	1	6	7	7	8
41-45			2	2	2	2
46-50	2	2	2	2	4	4
≥ 51			4	4	4	4
	14	15	76	85	90	100



Afb. 39. De gearceerde kolommen geven het percentage vrouwelijke patiënten weer, de zwarte gedeelten het percentage manlijke.

De verhouding tussen het aantal manlijke en vrouwelijke patiënten is dus ongeveer 1 op 5. Uit afb. 39, die uit vorenstaande tabel is ontstaan, komt duidelijk naar voren dat het grootste aantal patiënten (51 %) wordt gevonden in de leeftijd van 20 tot 30 jaar, waarop direct de groep onder de 20 jaar volgt (22%). Deze cijfers komen in grote lijnen overeen met die van de andere auteurs (zie inleiding).

Wat de verschillende symptomen betreft werden de volgende gegevens bijeen gebracht.

Van de 76 patiënten hadden er 59 (78 %) „knap” verschijnselen. Bij 20 van deze patiënten trad het knappen dubbelzijdig op, zodat $59 + 20 = 79$ gewrichten waren aangedaan.

Over rechts en links verdeeld bleek in 42% van de gevallen het rechter en in 58% het linker gewricht te knappen.

Resumerend kon de tabel IV worden samengesteld.

TABEL IV

knappen	rechter		linker		totaal	
	aant.	%	aant.	%	aant.	%
initieel	11	14	8	10	19	24
intermediair	10	13	21	26	31	39
terminaal	12	15	17	22	29	37

Hierbij moet worden opgemerkt dat slechts in de gevallen dat de patiënt aangaf last van knappende gewrichten te hebben, dit in deze gegevens werd verwerkt. Het komt n.l. voor dat een patiënt zegt deze bezwaren niet te kennen, terwijl bij onderzoek blijkt dat één of zelfs beide gewrichten, zij het ook in slechts geringe mate, knappen. Tevens blijkt bij beluisteren met een stethoscoop dat sommige gewrichten tweemaal direct na elkaar knappen. Dit wordt dan vrijwel steeds door de patiënt als één knap ondervonden. Ook dit verschijnsel komt in deze cijfers niet tot uitdrukking. Evenmin de omstandigheid dat de patiënt aangeeft dat de knap verdwenen is, hoewel deze met de stethoscoop nog hoorbaar is.

Pijnklachten werden bij 67 patiënten (88 %) aangetroffen. Bij 13 van deze patiënten (19 %) was de pijn dubbelzijdig, zodat over $67 + 13 = 80$ gewrichten gegevens beschikbaar zijn.

Tabel V geeft een overzicht van de aard van de pijn, lokaal of uitstralend, periodiek of permanent, verdeeld over rechts en links, in aantallen en procenten.

TABEL V

pijn	rechts		links		totaal	
	aant.	%	aant.	%	aant.	%
loc. period. . .	16	20	12	15	28	35
loc. perm.. . .	10	12,5	3	3,5	13	16
uitstr. period. .	6	7,5	15	19	21	26,5
uitstr. perm.. .	6	7,5	12	15	18	22,5

Hieruit blijkt dus dat de pijn in 41 gevallen (51 %) van lokale aard was, terwijl zij in 39 gevallen (49 %) een uitstralend karakter bezat. Hetgeen dus betekent dat de verhouding lokaal-uitstralend ongeveer 1 op 1 is. Bij het bovenstaande dient te worden opgemerkt, dat deze cijfers geen inlichting geven over de omstandigheid of de pijn uitsluitend in rust, bij beweging van de onderkaak, dan wel bij beiden optrad.

Wat de bewegingsbeperking betreft kunnen de volgende gegevens worden vermeld. Bij 47 patiënten (62 %) werd dit symptoom aangetroffen. Het verschijnsel werd onderverdeeld naar de perioden waarin het het duidelijkst naar voren kwam (volgens de patiënt) 's morgens, af en toe of permanent. Daar tot voor kort gegevens omtrent de gemiddelde (normale) grootte van de mondopening ontbraken, werd bij de beoordeling of bewegingsbeperking al dan niet aanwezig was, geen gebruik gemaakt van de bij iedere patiënt gemeten afstand tussen de incisale randen van

boven- en onderincisieven bij maximale geopende mond. Er werd uitsluitend afgegaan op de mededeling van de patiënt.

Bij 17% van de patiënten die over bewegingsbeperking klaagden, bleek dit symptoom zowel „'s morgens” als „af en toe” op te treden. Zodat de volgende tabel kon worden opgesteld.

TABEL VI

bew. bep.	aant.	%
's morgens	20	42
af en toe	17	36
permanent	18	39

Deze cijfers hebben dus uitsluitend betrekking op de orthale beweging. Beperking van de beweging in protrale en laterale zin (naar rechts en links) werd dus hier buiten beschouwing gelaten, evenals combinaties van de orthale en de andere hier genoemde uitslagen.

Wanneer men nagaat hoe de drie hoofdsymptomen: pijn, knappen en bewegingsbeperking over het patiëntenmateriaal waren verdeeld, komt men tot de volgende gegevens.

TABEL VII

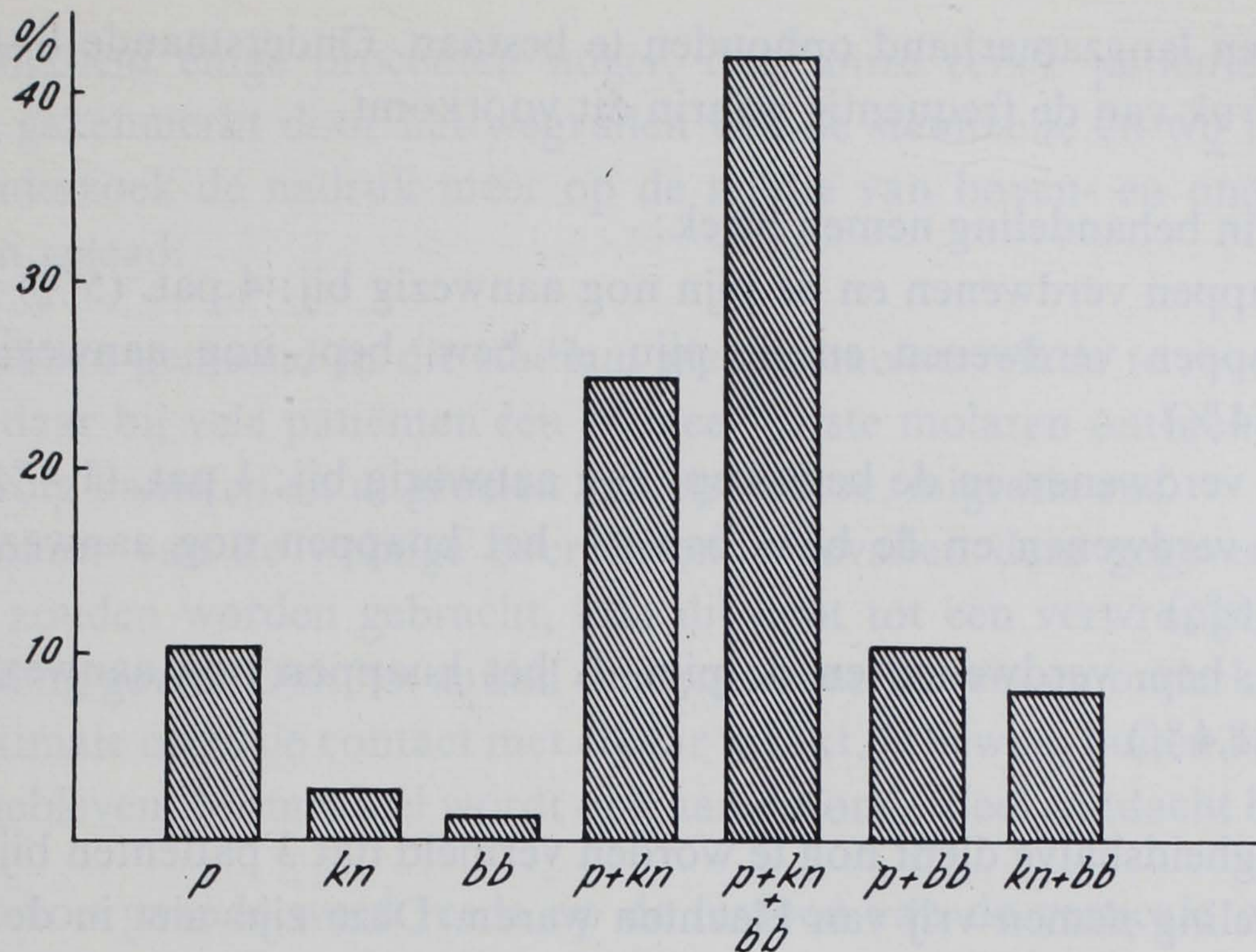
<i>Aantal patiënten met:</i>		aant.	%
pijn	(uitsluitend)	8	10,5
knappen	„	2	3
bewegingsbeperking	„	1	1,5
pijn + knappen		19	25
pijn + knappen + bew. bep.		32	42
pijn + bew. bep.		8	10,5
knappen + bew. bep.		6	8

Afb. 40 brengt deze gegevens in beeld. Hierbij komt sterk tot uiting dat de symptomen pijn + knappen en pijn + knappen + bew. bep. verreweg het meest worden aangetroffen resp. in 25% en 42% van de gevallen.

Men kan deze gegevens ook op andere wijze rangschikken en verkrijgt dan:

Aantal patiënten:

met pijn	(al dan niet met andere verschijnselen)	67 (88%)
met knappen	„ „	59 (78%)
met bew. bep.	„ „	47 (62%)



Afb. 40

De perifere symptomen, zoals in het voorgaande besproken, werden in drie groepen onderverdeeld: 1 oorbezwaren

2 tong-, neus -en keelbezwaren

3 hoofdpijn

Het bleek dat 57 patiënten (75 %) aan deze symptomen leden, met dien verstande dat 35 % van deze patiënten 2 of meer symptomen vertoonden:

perifere symptomen: oorbezwaren	: 46 pat. (61 %)
tong-, neus- en keelbezwaren:	14 „ (18 %)
hoofdpijn	: 42 „ (56 %)

Het hoge percentage dat aan hoofdpijn leed, dient met voorzichtigheid te worden beoordeeld. O.i. staat geenszins vast dat bij al deze patiënten de hoofdpijn een direct gevolg is van de gewrichtsaandoening.

Uit deze cijfers blijkt wel zeer nadrukkelijk dat, althans bij de patiënten die zich onder behandeling stellen, men in vele gevallen te maken heeft met een complex van symptomen. Het is echter individueel zeer verschillend welke bezwaren voor de patiënt het meest hinderlijk kunnen worden geacht, al kan natuurlijk worden vastgesteld, dat in het algemeen de pijnklachten (88 %) het meest irriterend zijn. Gelukkig zijn juist deze het gemakkelijkst op te heffen.

In het voorgaande werd er reeds op gewezen dat, in bepaalde gevallen één of meer symptomen spontaan verdwijnen, zelfs is het mogelijk dat alle

bezwaren langzamerhand ophouden te bestaan. Onderstaande lijst geeft een indruk van de frequentie waarin dit voorkomt.

Bij het in behandeling nemen bleek:

het knappen verdwenen en de pijn nog aanwezig bij: 4 pat. (5%)

het knappen verdwenen en de pijn + bew. bep. nog aanwezig bij: 3 pat. (4%)

de pijn verdwenen en de bew. bep. nog aanwezig bij: 1 pat. (1,4%)

de pijn verdwenen en de bew. bep. + het knappen nog aanwezig bij: 5 pat. (6%)

de bew. bep. verdwenen en de pijn + het knappen nog aanwezig bij: 1 pat. (1,4%)

Volledigheidshalve dient nog te worden vermeld dat 3 patiënten bij het in behandeling nemen vrij van klachten waren. Deze zijn niet in de groep van 76 opgenomen. Ter verduidelijking moet worden meegedeeld dat tussen het tijdstip waarop de patiënten de polikliniek bezochten en dat waarop tot behandeling kon worden overgegaan, 4 tot 6 maanden verliepen.

Van de gebitstoestand van ons materiaal kan worden opgemerkt dat 11 patiënten (14,5%) een volledige prothese droegen, terwijl 6 (8%) een vrijeindigende partiële prothese hadden. Het laatste gegeven wordt vermeld omdat juist bij dit soort vervangingen dikwijls verzakking van de prothese wordt waargenomen, hetgeen meestal met het wegvallen van de steunzone kan worden gelijkgesteld.

Bij het bepalen van de relatie tussen onder- en bovenkaak werden de volledige prothesedragers uitgeschakeld daar het hier meest slecht passende, meer of minder verzakte protheses betrof. Er bleven dus $76 - 11 = 65$ patiënten over.

Bij deze gevallen werd de volgende verdeling opgesteld.

TABEL VIII

relatie	aant.	%
centrisch	19	29
procentrisch	40	61
excentrisch r. of l.	5	8
retrocentrisch	1	2

Hieruit blijkt dat in 71% van de gevallen de „maximale” occlusie niet samenviel met de centrische relatie. Waarschijnlijk ligt dit percentage in

werkelijkheid enige procenten hoger, daar onze eerste patiënten allen waren gekenmerkt door het wegvallen van de steunzone en wij later bij het onderzoek de nadruk meer op de relatie van boven- en onderkaak hebben gelegd.

Wij hebben gemeend in dit stadium niet op molaarrelatie te moeten ingaan, daar bij vele patiënten één of meer eerste molaren ontbreken, met als gevolg kantelen en uitgroeien van elementen, migratie enz.

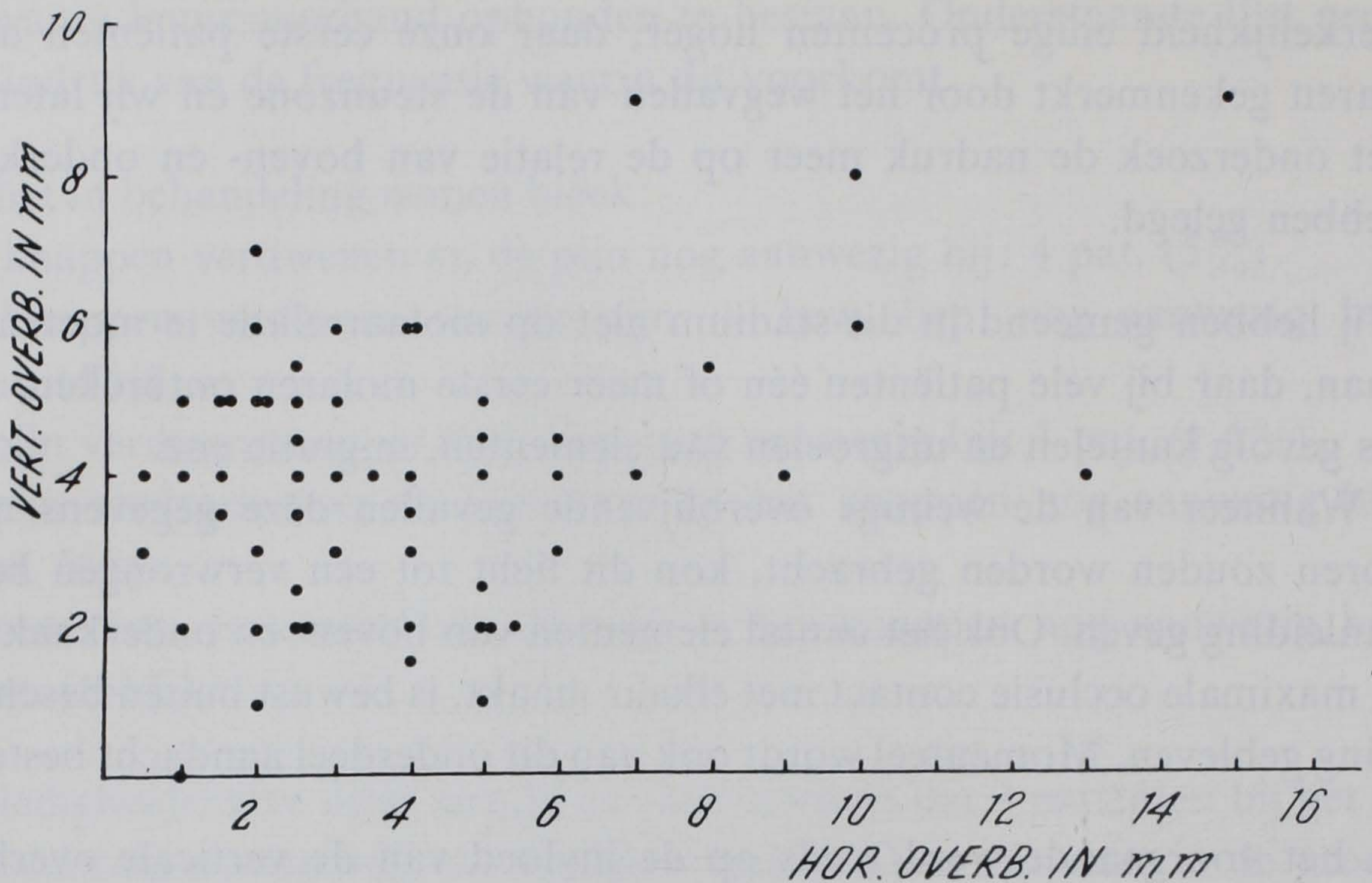
Wanneer van de weinige overblijvende gevallen deze gegevens naar voren zouden worden gebracht, kon dit licht tot een verwrongen beeld aanleiding geven. Ook het aantal elementen van boven- en onderkaak dat in maximale occlusie contact met elkaar maakt, is bewust buiten beschouwing gebleven. Momenteel wordt ook aan dit onderdeel aandacht besteed.

In het voorgaande werd reeds op de invloed van de verticale overbeet (V.O.B.) gewezen met betrekking tot de m. pterygoideus lat. Hoewel de horizontale overbeet (H.O.B.) natuurlijk ook van belang is – de z.g. incisiefbaan wordt immers gedefinieerd als de hypotenusa van de rechthoekige driehoek met als rechthoekszijden horizontale- en verticale overbeet – moet in dit verband op de verticale de nadruk vallen.

In de literatuur wordt regelmatig over „normale-”, diepe beet enz. gesproken, zonder dat deze begrippen meestal nader, met getallen, worden gepreciseerd. LINDBLOM (1960) geeft op pag. 90 van zijn werk een indeling; naast de „normale” beet, waarbij H.O.B. en V.O.B. beide 0-3 mm bedragen (though both may not be zero simultaneously) onderscheidt hij de „niet normale” beet. Afgezien van de edge to edge beet, (H.O.B. = V.O.B. = 0 mm) en de progene beet, aangeboren of verkregen, kan deze in onderstaande tabel worden samengevat.

TABEL IX

H.O.B. \ V.O.B.	0-3 mm	> 3-6 mm	> 6 mm
0-3 mm	norm. beet	post	extreem
> 3-6 mm	diepe beet	normale	post norm.
> 6 mm	extreem diepe beet	beet	beet



Afb. 41

Bij ons patiëntenmateriaal werd op de modellen, die hiervoor in aanmerking kwamen (de prothesedragers vielen af) H.O.B. en V.O.B. gemeten en in een grafiek uitgezet (afb. 41).

Hierbij bleek van de 56 op deze wijze verkregen getallen paren, de verdeling als volgt te wezen:

TABEL X

Aard van de beet	aantal	procent
normaal	9	(16%)
diep	18	(32%)
extreem diep	1	(2%)
post normaal	19	(34%)
extreem postnormaal . .	8	(14%)

In één geval blijkt zowel H.O.B. als V.O.B. 3 mm groot te zijn, dit kan dus volgens LINDBLOM niet in de „normale” groep worden ondergebracht.

Uit deze cijfers komt naar voren, dat de frontrelatie in 16% van de gevallen als „normaal” kan worden beschouwd. Bij 34% trad een diepe- en bij 48% een postnormale beet op.

Met opzet werd bij het vaststellen van de frontrelatie geen rekening gehouden met de omstandigheid of bij diepe beet deze verkregen dan wel hereditair was. In beide gevallen immers is het de patiënt niet goed mogelijk laterale articulatiebewegingen uit te voeren en dient hij tot de zg. temporaliskauwers te worden gerekend. Dit laatste in verband met de

functie en de activiteit van de m. pterygoideus lat., waarop in het voorgaande reeds werd gewezen.

Van de bij deze 76 patiënten toegepaste behandelingsmethoden geeft tabel XI een beeld.

TABEL XI

therapie	aantal	%
inslijpen	28	37
spalken	16	21
kantelen	26	34
proth. voorziening . . .	6	8

Bij de beoordeling van deze cijfers dienen verschillende punten in aanmerking te worden genomen.

1. In deze tabel werden alleen de maatregelen opgenomen, die meer of minder succes hebben opgeleverd. Bij bepaalde patiënten werd nl. eerst getracht door inslijpen resultaat te bereiken, indien dit niet lukte werd bv. tot spalken overgegaan.

2. Uiteraard diende zowel na het spalken als het kantelen, prothetische voorzieningen te worden aangebracht. Ook na het inslijpen moest dit enige malen gebeuren. Deze behandelingen komen natuurlijk niet in de tabel tot uiting.

3. Het aantal gevallen waarin werd gekanteld is vrij groot. Dit komt doordat – toen wij ons met deze gevallen gingen bezig houden – wij ons in de aanvang tot de methode van SEARS hebben bepaald. Later zijn wij, zoals reeds werd medegedeeld, van deze werkwijze enigszins teruggekomen.

Op het ogenblik lijkt het ons nog niet gewenst deze en de hiervoor gemelde cijfers te commentariëren of statistisch te bewerken. Wij achten het momenteel juister ze te geven voor wat ze zijn.

Wanneer materiaal en ervaring groter zijn en de verschillende gegevens meer in detail uitgewerkt, achten wij het ogenblik gekomen eventuele conclusies te publiceren.

Toch achten wij het nuttig deze gegevens ter vergelijking met die van andere auteurs bekend te maken, waarbij tevens de gelegenheid bestaat, een zij het ook beperkte, indruk te verkrijgen van de frequentie van de verschillende aspecten, voorzover dit uit bovenstaand cijfermateriaal naar voren komt.

Tenslotte dient nog over de resultaten van de behandelingen verslag te worden uitgebracht. Deze cijfers zijn misschien iets geflatteerd, daar de eerste 6 door ons in behandeling genomen patiënten geselecteerd waren; bij allen was de steunzone hetzij uni- of bilateraal weggevallen. De verkregen resultaten werden in drie groepen onderverdeeld: goed, matig en slecht. Onder goed werd verstaan dat de pijn verdween, de mondopening weer „normaal” werd. (Bij veel patiënten werd het knappen in de loop der tijd minder en verdween in sommige gevallen).

Matig wil zeggen dat de bezwaren wel minder werden maar niet geheel verdwenen.

Slecht betekent dat geen of vrijwel geen verbetering kon worden geconstateerd.

Resultaten: goed : 82%
 matig: 12%
 slecht: 6%

De tijd waarop deze cijfers betrekking hebben bedraagt 2 à 3 jaar.

(Wordt vervolgd)