

UIT EN VOOR DE PRAKTIJK

GELEIDELIJK TOENEMENDE TRISMUS

1. Op 15 maart werd door de huisarts een veertigjarige man verwezen wegens „kaakverstijving na gebitsextractie onder narcose.”

Anamnese: 4 jaar geleden totale extractie van elementen der bovenkaak onder Evipan narcose. Dezelfde dag werd een immediaat bovenprothese en een partiële onderprothese geplaatst. Na 4 maanden bemerkte patiënt, dat de mond moeilijker open ging. Er ontstond pijn voor het linker oor bij gapen en langzamerhand ook bij eten. Na een jaar bezocht hij zijn huisarts, die hem naar een chirurg verwees. Deze gaf novocaïne inspuitingen in het linker gewricht, welke geen verbeteringen gaven. De chirurg noemde de mogelijkheid van operatie, maar adviseerde patiënt het eerst nog maar eens aan te zien. Inmiddels nam de trismus geleidelijk toe. De mondopening werd steeds geringer en veroorzaakte, behalve bij het eten ook last bij spreken en zingen. (patiënt is lid van een operakoor). In februari van dit jaar verwees de huisarts hem naar de plastisch chirurg, die de patiënt voor mondheelkundig onderzoek doorzond.

Onderzoek: Uitwendig: Mondopening beperkt tot 1-1½ vingerbreedte. Deviatie van de kin naar links; gewrichten bij palpatie niet pijnlijk; bij poging tot verder openen van de mond pijn in de wang onder het jukbeen links uitstralend naar de slaap.

Inwendig: Slecht passende bovenprothese; fibreuze woekering in omslagplooi links en rechts; ter plaatse van tuber links overgrijpend op het wangslijmvlies; decubitus ulcus buccaal van linker tuber maxillare. Partiële onderprothese; slechte mondhygiëne; articulatie prothese matig. Bij openen van de mond met Heysterse klem geeft de patiënt pijn aan in de linker wang onder het jukbeen en niet ter plaatse van het gewricht.

Diagnose: Toenemende trismus ten gevolge van decubitus ulcus door bovenprotheserand ter plaatse van de tuber maxillare links.

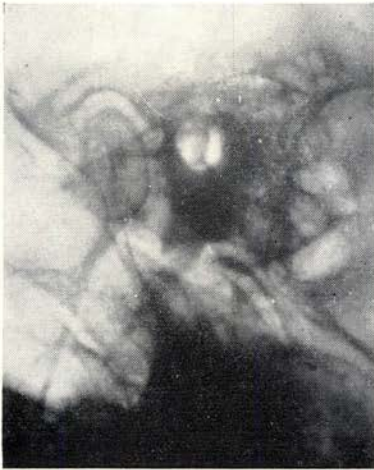
Therapie: De protheserand werd op de plaats van het ulcus afgeslepen en de patiënt kreeg een Heysterse klem mee naar huis ter vergroting van de mondopening. Na 1 week was de mondopening vergroot tot 2½ vingerbreedte en waren de pijnklachten geheel verdwenen.

2. Op 28 december 1959 werd door de tandarts een tweëëndertig jarige vrouw verwezen wegens „oorpijn en toenemende mondklem”.

Anamnese: Patiënte klaagt over pijn bij het rechteroor welke sinds 2 weken bestaat en in toenemende mate hinder veroorzaakt. De mond gaat steeds minder ver open. Vooral bij eten en tegen de avond nemen de klachten toe.

Onderzoek: Uitwendig: Rechter kaakgewricht drukpijnlijk, geen pijn bij palpatie in de gehoorgang. Bij openen van de mond deviatie van kin naar links; mondopening tot 1½ vingerbreedte beperkt; rechter kaakkopje bij openen van de mond duidelijk voelbaar; rechter gewricht „knaapt” bij

maximale opening. De röntgenfoto's laten bij geopende mond een subluxatie van het rechter gewricht zien en links nauwelijks enige verplaatsing van het kaakkopje.



Linker gewricht bij maximale opening van de mond



Rechter gewricht bij maximale opening van de mond

Bij poging tot rechtstandig openen van de mond, door manuele druk op de kin naar rechts, voelt patiënte pijn in de linkerwang uitstralend naar de slaap.

Inwendig: Goed onderhouden gebit; goede occlusie. M_3 s.s. staat sterk naar buccaal gekipt; wangslimvlies ter plaatse van de M_3 s.s. rood en pijnlijk.

Diagnose: Toenemende trismus door verkeerde openingsbeweging van de onderkaak ten gevolge van decubitus wangslimvlies ter plaatse van de naar buccaal gekipte M_3 s.s.

Therapie: De M_3 s.s. werd geëxtraheerd en patiënte geadviseerd te letten op rechtstandig openen van de mond. Na 14 dagen was de mondopening weer normaal en waren de gewrichtsklachten rechts verdwenen.

Samenvatting: In beide gevallen werd de aandacht primair op gewrichtsklachten gericht en blijkt de oorzaak in de bovenkaak te schuilen.

De oorzaken van trismus kunnen van dentogene, myogene of arthrogene aard zijn. De dentogene oorzaak met de dentitio difficilis van de M_3 in de onderkaak komt het meeste voor. De laatste jaren wordt de belangstelling van de tandheelkunde sterker gericht op gewrichtsafwijkingen.

In het eerste beschreven geval dacht men primair aan een arthrogene trismus (gewrichtsinjecties en operatieve mogelijkheden).

In het tweede geval blijkt de openingsbeperking weliswaar in het arthrogene vlak te liggen maar, evenals in het eerste geval, veroorzaakt te worden door een afwijking in het gebit.

J. A. TOLMEIJER Schiedamse Vest 180 Rotterdam