

EXTRACTIETHERAPIE EN WAT DAAROP VOLGT

PROF. R. W. BROEKMAN

In mijn boek over „De extractietherapie in de Orthodontie” werd voldoende aandacht besteed aan de extractie van permanente gebitselementen als inleiding tot een orthodontische behandeling om een herhaalde bespreking van dit onderwerp niet te rechtvaardigen. Wie het waagt om een boek te schrijven doet verstandig om daarbij onmiddellijk rekening te houden met de bekende uitspraak „straks komt er een ander die 't wegredeneert”. In het gunstigste geval is het de schrijver zelf die corrigerend of aanvullend optreedt.

Op iedere publikatie volgt iets dat helaas niet altijd tot ons doordringt. Ook op vele orthodontische behandelingen volgt iets dat ook maar al te dikwijls aan de aandacht van de specialist-orthodontist ontgaat. De beperktheid van dit specialisme brengt nu eenmaal mee, dat wij als regel afscheid nemen van onze patiëntjes op een moment waarop de ontwikkeling van het gebit nog lang niet is voltooid. Hieraan moet dan nog worden toegevoegd, dat er dikwijls ook nog iets volgt op de extractie van permanente en meestal gezonde gebitselementen ten behoeve van een orthodontische behandeling. Wanneer wij daartoe ons oog richten op de belangrijke ontwikkelingsperiode van het tand-kaakstelsel tussen 13 en 20-jarige leeftijd, dan zullen wij moeten erkennen, dat in deze tijd het begrip ontwikkeling niet zelden in negatieve of destructieve zin moet worden opgevat. Een nadere beschouwing over de reden hiervan kan op deze plaats buiten beschouwing blijven. Ongetwijfeld heeft de patiënt hieraan voor een deel schuld, maatschappelijk-economische omstandigheden zullen een rol hebben gespeeld en ook onze professie zal er het hare toe hebben bijgedragen, zowel in een kwalitatieve als in een kwantitatieve betekenis. Het gaat er hier slechts om het feit te constateren, dat de gezondheidstoestand van het gebit op de leeftijd waarop dit als volwassen kan worden beschouwd, in het algemeen verre van rooskleurig is.

Meer speciaal gaat het erom dat op deze – dus ongeveer 20-jarige – leeftijd dikwijls reeds om niet-orthodontische redenen een aantal elementen verwijderd moest worden, althans verwijderd werd.

Richten wij ons thans weer op wat men noemt de extractietherapie in de Orthodontie, dan kunnen wij beginnen met vast te stellen, dat er bij bepaalde afwijkingen op een volkomen verantwoorde wijze wordt overgegaan tot extractie van permanente gebitselementen. Deze extracties zijn

zelfs zó verantwoord, dat men er na ernstige overweging en verantwoorde indicatie niet voor terugschrikt om hiervoor volkomen gezonde gebits-elementen uit te kiezen. Wetenschappelijke, praktische en sociale motieven zijn doorslaggevend om, in orthodontische zin, een goed eindresultaat te kunnen bereiken.

Het is alweer niet de bedoeling om de vele indicaties welke kunnen leiden tot een extractietherapie hier allemaal te noemen en kritisch te beschouwen. Slechts op één daarvan willen wij in het bijzonder de aandacht richten en dat is de sociale indicatie.

Met deze woorden begeven wij ons op het gevaarlijke en veel omstreden gebied der sociale tandheelkunde, meer speciaal op dat der sociale orthodontie.

De stelling, dat iedere orthodontische afwijking behandeld moet worden is even gemakkelijk te verdedigen als de stelling dat iedere patiënt recht heeft op een tandheelkundige behandeling die in overeenstemming is met het beste en nieuwste wat heden ten dage in deze tak van wetenschap mogelijk is geworden.

Ook in de sociale Geneeskunde is iedere partiële behandeling van ziekten een onvoorstelbaar begrip. De stelling dat tenslotte ieder kind recht heeft op de beste orthodontische behandeling van iedere afwijking en dat de benodigde gelden „ergens” vandaan moeten komen is eveneens moeilijk te weerleggen. De sociale indicatie voor een extractietherapie zou onder deze omstandigheden volledig vervallen.

Wij moeten echter redelijk zijn en met bestaande feiten en omstandigheden rekening houden. Wij beschikken niet over voldoende mankracht om bij alle kinderen alle afwijkingen te behandelen. Wij beschikken niet over de volledige medewerking van de ouders, ook niet over die van de kinderen. Wij beschikken ook niet over de benodigde gelden omdat wij geen zwevende idealisten zijn die hun eigen materiële belangen volledig of grotendeels uitschakelen ten behoeve van het welzijn der gemeenschap. Wij jagen geen utopieën na en zullen ons in een aantal gevallen moeten richten op een compromis-resultaat. De extractie van permanente gebits-elementen kan noodzakelijk zijn om dit te bereiken.

Als ander motief tot extractietherapie, eveneens gelegen in de sociale sektor, treft men in de literatuur herhaaldelijk aan de hoge cariësfrequentie. Dit motief lijkt voor de hand liggend en gemakkelijk aanvaardbaar. Zelfs wanneer wij bij patiënten met een hoge cariësfrequentie na één of meer extracties diastemen overhouden, omdat een diastemengebitt een gunstiger invloed op het ontstaan van cariës zal hebben dan een gebitt met een gedrongen stand der elementen. En toch is dit nu juist het punt waar-

op onze aandacht nader gericht moet worden. Een onderzoek van ANDRIEU (1888) wees uit, dat bij 1000 schoolkinderen reeds meer dan 3000 carieuze eerste molaren werden aangetroffen. Mede dankzij de Schooltandverzorging is hierin gelukkig veel veranderd. Dit neemt echter niet weg dat HOTZ, BAUME e.a. zich ook in onze tijd om deze reden niet krachtig verzetten tegen een systematisch M₁-extractie als onderdeel van een orthodontisch behandelingsplan. In mijn bovengenoemde boek heb ik mij althans voor ons land, tegen deze opvatting verzet. De systematische M₁-extractie wordt, behoudens incidentele gevallen, in ons land niet of weinig toegepast. Wanneer wij spreken over extractietherapie dan bedoelen wij daarmee in het algemeen de extractie van één of meer eerste of tweede premolaren. Dat wil zeggen, de extractie van jonge en bijna steeds gave gebitselementen.

Natuurlijk zullen wij de M₁-extractie prefereren wanneer dit element diep carieus of gangreneus is, maar dit blijft uitzondering.

Wat zal er daarna met dit gebit gebeuren, speciaal in die gevallen waarbij de hoge cariësfrequentie mede bepalend was voor de indicatie extractietherapie? Enkele op zichzelf staande waarnemingen, waarbij na een orthodontische behandeling op onze kliniek verscheidene elementen werden geëxtraheerd, hebben ons doen besluiten hierover meer exacte ge-

Extracties na beëindiging van een orthodontische behandeling.

	totaal	rechts	links	onder	boven
M ₁ sd	12	12			12
M ₁ ss	20		20		20
M ₁ id	32	32		32	
M ₁ is	28		28	28	
P ₁ sd	6	6			6
P ₂ sd	11	11			11
P ₁ ss	4		4		4
P ₂ ss	15		15		15
P ₁ id	1	1		1	
P ₂ id	13	13		13	
P ₁ is	1		1	1	
P ₂ is	11		11	11	
M ₂ sd	7	7			7
M ₂ id	12	12		12	
M ₂ ss	2		2		2
M ₂ is	10		10	10	
totaal	185	94	91	108	77

TABEL 1

gevens te verzamelen. Wij beschikken thans over de resultaten van dit onderzoek en deze zijn in waarschuwend zinnig belangrijk genoeg om ze te publiceren. Reeds in voorgaande publikaties werd bekend gemaakt, dat alle patiënten die in en na 1953 op onze kliniek werden afbehandeld vijf jaar daarna weer opgeroepen werden. Zij werden weer onderzocht en er werden nieuwe afdrukken genomen. Hoewel het percentage van hen die aan onze oproep gehoor gaven niet groot was (sterfte, onwil, verhuizing, enz.) bleek het toch mogelijk om bij 200 kinderen na te gaan hoeveel en welke elementen verloren waren gegaan in de vijf jaar die op orthodontische behandeling volgden. Tabel I geeft hiervan een samengevat overzicht.

Bij vorenstaande tabel kunnen de volgende aantekeningen geplaatst worden:

- a. het totaal van 185 extracties werd verricht bij 80 kinderen (40 %). Bij 120 van de 200 onderzochte kinderen (60 %) werden in de genoemde periode van vijf jaren geen extracties verricht. Men kan hierover oordelen zoals men wil. Wij mogen echter niet nalaten hieraan toe te voegen, dat de gezondheidstoestand van de gebitten bij deze 60 % zodanig was, dat na de volgende vijf jaren – wanneer deze jonge mensen dus ongeveer 22–24 jaar oud geworden zijn – dit percentage belangrijk lager zal liggen.
- b. zoals uit een vergelijking van de totaalcijfers van de 2e en 3e kolom blijkt is er weinig verschil tussen het aantal extracties in de rechter- en linkerkaakhelft.
- c. er zijn meer elementen in de onderkaak geëxtraheerd (58,4 %) dan in de bovenkaak (41,6 %). In verband met de vrij hoge frequentie van distaalbeten is dit een verontrustend verschijnsel, omdat bij deze afwijkingen extracties in de onderkaak niet zelden aanleiding geven tot vergroting van de sagittale open beet. Wanneer dit een ongunstige invloed heeft op de ligging van de onderlip moet men met een volledig recidief van de distaalbeet rekening houden.
- d. wanneer wij ervan uitgaan, dat de 80 kinderen waarbij geëxtraheerd werd, op 17–18-jarige leeftijd in het bezit zouden moeten zijn van 320 eerste molaren, 320 tweede molaren en 640 premolaren, dan moeten we vaststellen dat van deze elementen verloren zijn gegaan:

eerste molaren	92 (28,7 %)
tweede molaren	31 (9,7 %)
premolaren	62 (19,4 %)

Wanneer wij deze percentages echter berekenen voor het totale aantal (200 kinderen), dan blijkt dat in de vijf jaren volgend op onze behandeling verloren zijn gegaan:

eerste molaren	11,5 %
tweede molaren	3,9 %
premolaren	3,9 %

- e. als wij deze getallen tenslotte nogmaals totaliseren en procentueren, dan blijkt dat bij 80 kinderen waarbij geëxtraheerd werd gemiddeld 2,3 element per kind verloren ging en bij de totale groep van 200 kinderen gemiddeld 0,9 element per kind.

Dit betekent, dat gemiddeld bij *ieder* kind dat orthodontisch behandeld werd vóór het 18e levensjaar nog weer ongeveer 1 gebitslement verloren ging.

Gezien de gezondheidstoestand van de gebitten op deze laatste leeftijd is er voldoende reden om aan te nemen, dat in de periode van de hierop volgende vijf jaren een overeenkomstig aantal gebitslementen verwijderd zal worden. Wanneer wij vervolgens de waarde van een eerste en tweede molaar ongeveer gelijkstellen met die van 1½ premolaar, dan blijkt, dat

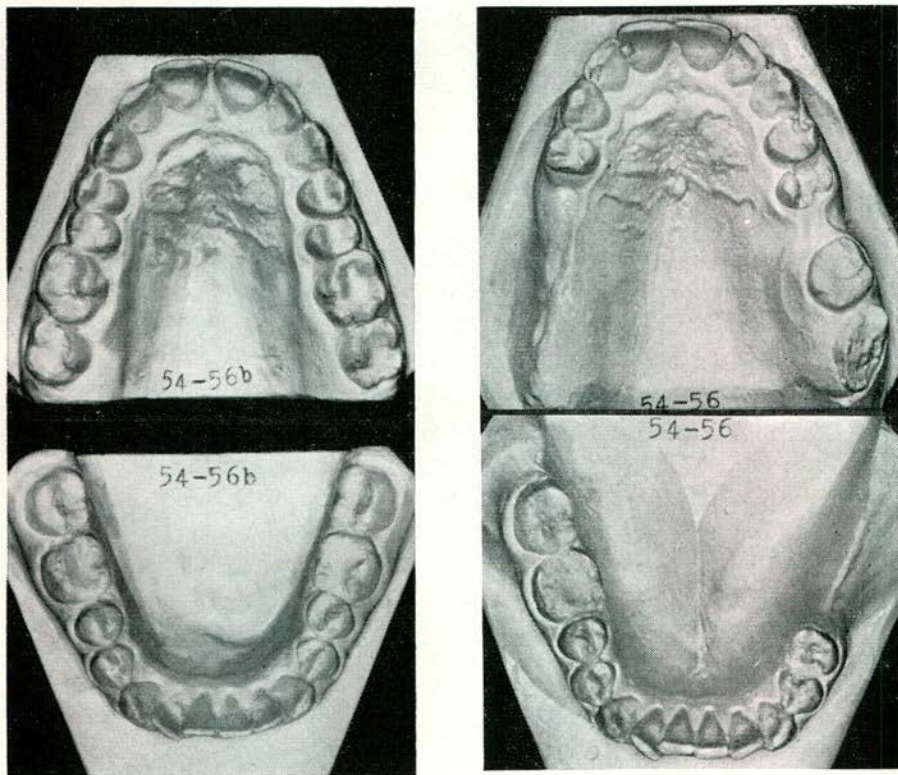


Fig. 1. Gebitsverval in 5 jaar.

bij de 200 door ons onderzochte kinderen op ongeveer 23-jarige leeftijd reeds 493 elementen ter waarde van een premolaar verloren gegaan zouden zijn door extracties. Dit wil dus zeggen, dat wij helaas moeten vaststellen, dat in de ontwikkelings-periode welke volgt op de leeftijd waarop de orthodontische behandeling plaats heeft, gemiddeld per kind nog bijna $2\frac{1}{2}$ element ter waarde van een premolaar verloren gaat.

Ter illustratie van deze weinig opwekkende gegevens hebben wij de vrijheid genomen om één van de, weliswaar meest droevige, voorbeelden van gebitsverval tussen 14 en 19-jarige leeftijd af te beelden.

Ter linker zijde worden de modellen getoond van een patiëntje dat in 1954 op onze kliniek voor Dento-maxillaire Orthopaëdie werd afbehandeld. Tijdens de orthodontische behandeling werd regelmatig aandacht besteed aan de gebitsverzorging zodat dit meisje op 14-jarige leeftijd onze kliniek met een behoorlijk gebit kon verlaten. Vijf jaar later (1959) werden wij pijnlijk getroffen door de aanblik van een mond die eruit zag zoals de modellen ter rechter zijde weergeven. Nogmaals, de schuldvraag komt hier niet ter sprake. Wij constateren slechts het feit.

De conclusies die uit deze gegevens getrokken moeten worden zijn niet gemakkelijk te formuleren. Het is zeker niet juist om hiermee de extractietherapie als onderdeel van een orthodontisch behandelingsplan te veroordelen. Wel is het verantwoord om te waarschuwen tegen de stelling die in bekende standaardwerken over orthodontische behandeling regelmatig wordt geponeerd, dat een hoge cariës-frequentie een extractietherapie kan motiveren. Gebleken is immers (sub. e) dat bij kinderen met een zwak gebit in de periode tussen ongeveer 13 tot 18-jarige leeftijd gemiddeld nog 2 à 3 elementen verloren gaan.

Wanneer wij hier dan tenslotte nog, zij het enigszins aarzelend en misschien niet exact verantwoord aan toevoegen, dat gemiddeld bij ieder kind dat orthodontisch behandeld werd nog ongeveer twee elementen ter waarde van een premolaar geëxtraheerd worden voordat de volwassen leeftijd wordt bereikt, dan kan men zich ernstig afvragen of de extractietherapie – althans in de sociale orthodontie – niet verschoven moet worden naar een leeftijd waarop men meer zekerheid heeft over de toekomstige gezondheidstoestand van het gebit.

Utrecht, Jutfaseweg 5