

EEN ODONTOOM

A. K. PANDERS, *instructeur*

Klinisch onderzoek

Een vrouw van 45 jaar bezoekt de polikliniek met klachten over een vieze smaak in de mond sinds vier maanden. De laatste weken heeft zij bovendien een stekende pijn links in de onderkaak. Deze pijn trekt soms door naar het oor. Zij heeft geen doof gevoel aan de onderlip gehad. Over afwijkingen in de doorbraak van het gebit of over het ontbreken van elementen links in de onderkaak kan zij niets meedelen. Evenmin zijn haar dergelijke afwijkingen bij haar kinderen of familieleden bekend.

Vijf jaar geleden had patiënte een kaakabces ter plaatse van de M₃is. Deze kaakontsteking werd elders behandeld, er werd volgens de patiënte geïncideerd en gereinigd, zij werd hiervoor opgenomen in een ziekenhuis. De klachten verdwenen niet na deze behandeling en er bleef een fistel op de processus alveolaris ter plaatse van de M₃is bestaan.

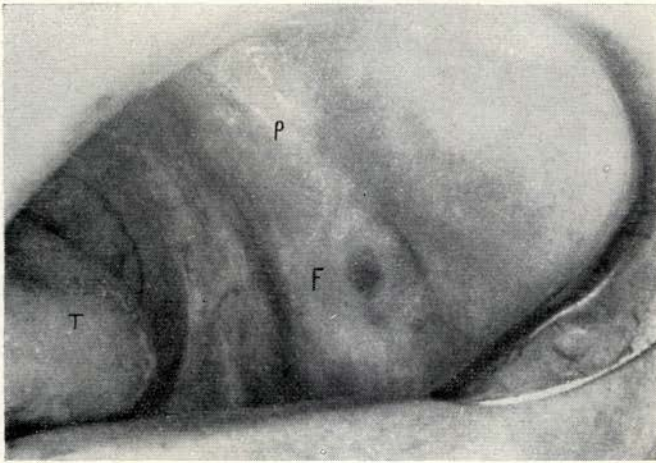
Bij het uitwendig onderzoek is door de huid een lichte zwelling van de mandibula te palperen ter plaatse van de M₃is. De huid is normaal van kleur en goed verschuifbaar. Enige submandibulaire lymfeklieren links zijn palpabel en druk: pijnlijk.

Bij het inwendig onderzoek vinden we een tandeloze onder- en bovenkaak. Ter plaatse van de M₃is is op de processus alveolaris een fistel aanwezig, omgeven door een wat hyperemisch mucosagedeelte. Uit de fistel is pus te drukken. (Zie afbeelding 1.)

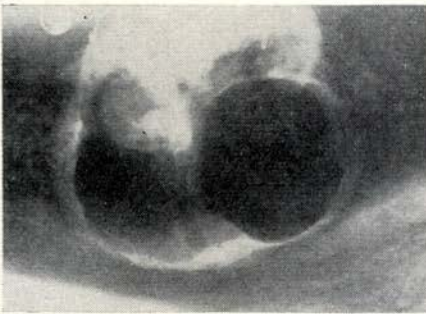
De mandibula ter plaatse van de M₃is vertoont zowel buccaal als linguaal een lichte, vloeiend verlopende, stevige, iets drukpijnlijke zwelling.

Röntgenologisch onderzoek

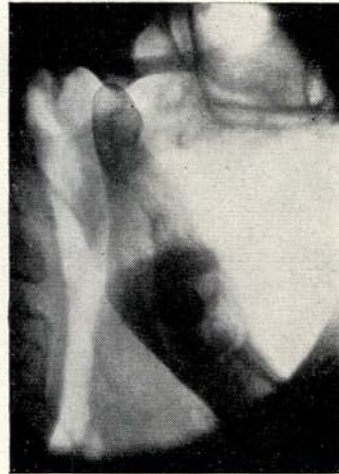
Bij het röntgenologisch onderzoek vinden wij op de tandfilm twee sterk gecalcificeerde structuren in een holte liggend. Aan de bovenzijde is deze ten dele gevuld met een minder radiopaque substantie. De distale meer dichte structuur lijkt op de kroon van een geïmpacteerde verstandskies met mogelijk distaal een radix. De canalis mandibularis is zowel distaal als mesiaal van de afwijking te vervolgen. (zie afbeelding 2.) De röntgenopname volgens *Parma* geeft een goed overzicht van de tamelijk grote afwijking in verhouding tot de mandibula. (zie afbeelding 3.)



Afb. 1. F = fistel op de processus alveolaris P; T = tong.



Afb. 2. Rechts is de kroon van de geïmpacteerde verstandskies te zien. Links de odontoommassa.



Afb. 3.

Het beeld doet denken aan dat van een samengesteld odontoom zonder elementvorming bij een geïmpacteerde M₃is.

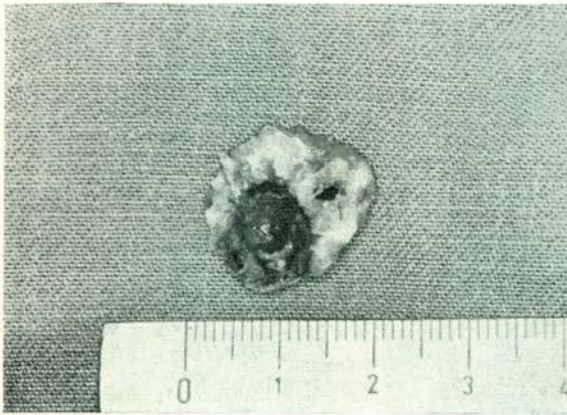
Het pre-operatief onderzoek door de polikliniek voor Interne Geneeskunde leverde geen afwijkingen van betekenis op. Er bestond geen bezwaar tegen een algehele anesthesie.

Operatieve bevindingen

Bij de operatie onder endotracheale narcose wordt het mucoperiost afge-

schoven van de P_1 is tot tegen de opstijgende mandibulatak en wordt een ruim venster gemaakt in het bot. De holte boven het odontoom blijkt gevuld te zijn met veretterd granulatieweefsel. Na verwijdering hiervan is distaal de normaal gevormde kroon te zien van de geretineerde M_3 is. Aan de mesiale zijde bevindt zich een botachtige, onregelmatig gevormde substantie, welke, na rondom vrij-prepareren, als een geheel te verwijderen is.

Aan de onderzijde van deze grote, steenachtige massa is een kleine radix te zien. (zie afbeelding 4). Een stevige, dikke kapsel, waarmee het odontoom geheel omgeven is, is daarna gemakkelijk te verwijderen. De kapsel gaat aan de bovenkant over in de linguale mucosa.



Afb. 4. Het odontoom, van boven gefotografeerd. De holte die te zien is, bevatte granulatieweefsel.

Hierna wordt de geïmpacteerde M_3 is rondom vrijgeprepareerd, gespleten en in fragmenten verwijderd. Deze verstandskies heeft een normaal gevormde kroon en radix. De gladde botholte wordt zorgvuldig schoongemaakt en getamponneerd.

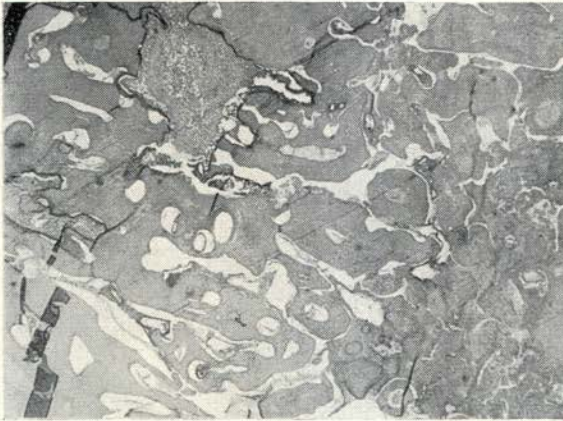
Histologisch onderzoek

Het microscopisch onderzoek van dit odontoom leverde het volgende beeld: er is een sterk onregelmatige rangschikking van het cement en dentine. Soms is het onderscheid hiertussen niet mogelijk en moet men wel spreken van cementoïd en dentinoïd weefsel.

In het dentine zijn de dentinekanaaltjes te onderscheiden, die meer of minder onregelmatig gerangschikt zijn. Er worden geen odontoblasten, noch ameloblasten gevonden. Hier en daar komt nog een restant pulpaweefsel voor, dat óf sterk geïnfiltreerd is met lymfocyten en plasmacellen óf uit gevacuoliseerd weefsel bestaat. Het cement is van het a-cellulaire type en is sterk onregelmatig en

tamelijk grof van structuur. Diverse ronde gebieden van dentine of dentinoïd materiaal zijn omgeven door lege ruimten, waarvan men zich kan voorstellen, dat hier glazuur aanwezig is geweest. Het goed verkalkte glazuur in het odontoom verdwijnt door de ontkalking van het preparaat voor het snijden van de coupes. (zie afbeeldingen 5, 6 en 7.) De kapsel bestaat uit fibreus weefsel en granulatiweefsel, tevens wordt een dicht infiltraat aangetroffen van plasma-cellen en lymfocyten. (zie afbeelding 8.) Op een bepaald gedeelte van de kapsel zien we meerlagig plaveiselepitheel. Dit gedeelte van de kapsel was zeer waarschijnlijk verbonden met de linguale mucosa (zie operatiebeschrijving).

Odontogeen epitheel wordt niet in het preparaat aangetroffen. Hierop moet



Afb. 5.



Afb. 6.

Afb. 5. De sterk onregelmatige rangschikking van dentine en cement is zichtbaar.

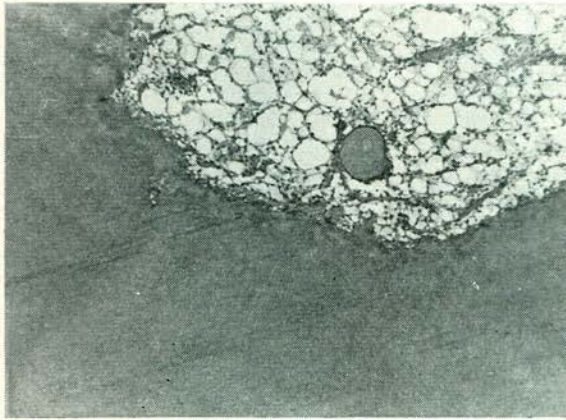
Afb. 6. Zowel dentinoïd weefsel (waarin dentinekanaaltjes) als cement zijn te zien.

nauwkeurig gelet worden, omdat de mogelijkheid van een proliferatie van dit epitheel bij odontomen aanwezig is (ameloblastoom odontoom).

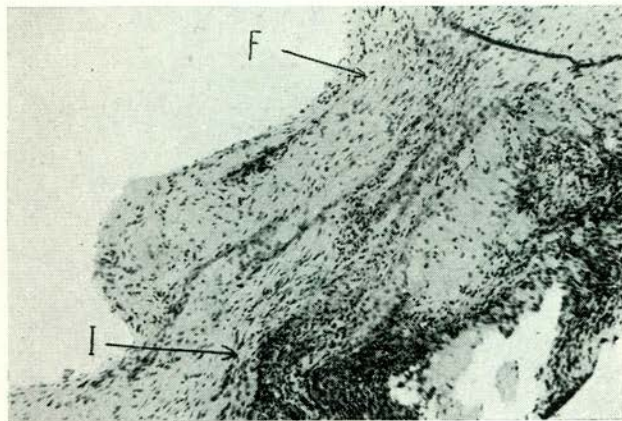
De geïmpacteerde verstandskies tenslotte, die macroscopisch een normale kroon heeft, vertoont een vitale pulpa. Het element is normaal van bouw, met name de rangschikking van de dentinekanaaltjes is normaal en verschilt veel van die in het odontoom. De radix heeft een dikke laag a-cellulair cement.

Vorm en voorkomen van odontomen

De diagnose „odontoom” wordt meestal gesteld op de röntgenfoto, waarop het te zien is als een tamelijk sterk radiopaque massa, veelal liggend bij een ge-



Afb. 7.



Afb. 8.

Afb. 7. Een restant pulpaweefsel.

Afb. 8. Een deel van de kapsel. F = fibreus weefsel; I = infiltraat.

impacteerd element van het permanente gebit. Wij hebben de indruk, dat de geïmpacteerd elementen, die bij samengestelde odontomen zonder elementformatie liggen (complex composite odontoma) vaak vrijwel normaal van vorm zijn. Over de microscopische bouw van deze elementen is ons niets bekend uit de literatuur.

Veelal is het odontoom omgeven door een kapsel, waarvan men aanneemt, dat deze ontstaan is uit de folliculis dentalis rondom de tandkiem. Het odontoom kan ankylotisch met de kaak vergroeid zijn, hetgeen de verwijdering bemoeilijkt.

De beide hoofdtypen van odontomen zijn:

- a. het samengestelde odontoom met elementformatie (compound composite odontoma)
- b. het samengestelde odontoom zonder elementformatie (complex composite odontoma)

Het wel of niet aanwezig zijn van elementen kan door röntgenologisch onderzoek vastgesteld worden. Daarbij kunnen we in het onder a) genoemde type enige tot zeer vele elementjes zien, dit aantal kan wel 100 bedragen. De tandjes vertonen gelijkenis met „normale” overtallige elementen, zij zijn onderling verbonden door een gecalcificeerde massa, veelal cement en dentine of één van beide.

Bij het onder b) genoemde type vinden we een ordeloze opeenhoping van tandweefsels zonder dat hierin röntgenologisch of macroscopisch elementen te onderscheiden zijn. Het grootste deel van de massa bestaat uit dentine of cement met een microscopisch sterk onregelmatige bouw. In deze massa kunnen we restanten pulpaweefsel aantreffen en microscopisch ook aanduidingen van elementvormingen.

Het odontoom wordt samengesteld genoemd, omdat meerdere tandweefsels aanwezig zijn. De afwijking heeft geen voorkeurslokalisatie in de kaken en is meestal unilateraal. Bilateraal vóórkomen is mogelijk, evenals het optreden in bepaalde families.

Het odontoom wordt op zeer jeugdige leeftijd gevormd. Het kan laat ontdekt worden, omdat de meeste odontomen niet groter worden dan een element, en daardoor geen zwelling geven. Deze treedt vanzelfsprekend wel op wanneer er een folliculaire kyste ontstaat. Deze zal, wanneer hij groot is gepaard gaan met de bekende eigenschappen als crepitatie, kraterrand en fluctuatie.

Secundaire verettering is mogelijk. Bij edentate patiënten zouden odontomen de neiging hebben om door te breken, mogelijk ten gevolge van een daling van de processus alveolaris.

Het zal duidelijk zijn, dat in het beginstadium van het odontoom, wanneer de vorming van de tandweefsels heeft plaats gevonden en de calcificatie juist begonnen is, röntgenologisch weinig meer dan een zwarting te zien is. Geleidelijk

worden alle gevormde weefsels verkalkt en is het odontoom afgevormd, de tandweefselvormende cellen verdwijnen.

Hoewel de odontomen ingedeeld worden bij de odontogene tumoren (mengvorm, zowel epitheliaal als mesenchymaal) is dit niet geheel juist. Beter kunnen we ze aanduiden als een hamartoom, een ontwikkelingsfout dus, die een bepaalde groei ten gevolge heeft en daarna zijn eindfase bereikt.

Samenvatting

Er wordt een geval van een vrij groot samengesteld odontoom zonder elementformatie (complex composite odontoma) beschreven.

Het klinisch, röntgenologisch en histologisch beeld worden besproken, terwijl enige beschouwingen worden gegeven over de diverse vormen van odontomen en hun voorkomen.

Heresingel 22, Groningen