

BIJZONDERE ONDERWERPEN

DE HUIDIGE MENS EN ZIJN GEBIT. BEHOUD EN VERVAL¹⁾

Een psychologische benadering

P. H. BUISMAN

Met het ontstaan en de ontwikkeling van de technische beschaving heeft ook het verval van het gebit zijn intrede gedaan in het complex van fysieke slijtageverschijnselen waaraan de mens tijdens zijn bestaan onderworpen is.

Daarnaast heeft het menselijk vernuft reeds in vroeger dagen middelen be-raamd en gevonden om de pijnlijke gevolgen van het tandbederf, als specifieke exponent, incidenteel en krachtdadig te lijf te gaan.

Naast de weinig doeltreffende geneesmiddelen was men al vroeg tot de ont-dekking gekomen dat het karakteristieke spijkergewricht, de wigvormige beves-tiging van de tandwortel in de tandkas, de mogelijkheid toeliet om te trachten het pijnlijke gebitsdeel met meer of minder geweld uit de kaak te verwijderen.

Hoe dat plaats vond, daarvan getuigen – om mijn onderwerp in te leiden – de talrijke artistieke uitbeeldingen van de wijze waarop deze kunstbewerking in vervlogen eeuwen en niet zelden in het openbaar werd uitgevoerd.

Onze beroemde genreschilders uit de gouden eeuw en daarna hebben het niet beneden hun kunstzinnige waardigheid gevonden om met hun beeldend vermo-gen op doek en papiervast te leggen hoe ten overstaan van een op het dorpsplein te hoop gelopen volksgroep, door rondreizende figuren de radicale therapie voor tandlijden werd toegepast. Dubieuze lieden, die daartoe (naar onze begrippen althans) weinig bevoegd mochten worden gekwalificeerd.

Een toentertijd soeverein instrument dat hen daarbij ter beschikking stond was de z.g. tandsleutel, een naar onze opvattingen ruw en vaak weinig effectief stuk gereedschap, bij welks aanwending steun gezocht moest worden op het tandvlees aan de buitenzijde van de kaak. Door een draaiende beweging werd met de haak, die om de binnenzijde van de kies werd geslagen, het element zij-waarts getrokken om dan vanwege de (verondersteld) conische vorm van de wor-tels uit de tandkas te worden gelicht. Zelfs indien de extractie technisch gezien slaagde, werd door de druk van de sleutel het tandvlees noodzakelijkerwijs ernstig beschadigd en men kan veilig aannemen dat aldus de opheffing van de kies-pijn gehonoreerd werd met een – in onze ogen althans – gecompliceerde kaak-wond.

Waarom dit ogenschijnlijk weinig ter zake doende historische tafereel te berde

¹⁾ Voordracht, gehouden voor de tandheekkundige studentenfaculteit van de R.K. Universiteit te Nijmegen.

wordt gebracht? Wel, om voor enkele facetten ervan de aandacht te vragen die met het onderwerp in essentieel verband staan.

Uit het feit dat menig gerenommeerd schilder tot het operatief tafereel zich aangetrokken gevoelde, kan worden afgeleid dat het weliswaar een bloedige en pijnlijke voorstelling betrof maar waaraan uit hoofde van de ervaring geen levensgevaar of ernstige gevolgen verbonden waren. Ware dat in die tijd wel het geval geweest, dan zou het ethische gevoel er zich ook toen tegen hebben verzet om uit wrede sensatiezucht vrijwillig getuige te willen zijn van een brute vertoning met ernstige gevolgen.

De talrijkheid inzake de artistieke weergave van de openbare activiteiten der tandenttrekkende kwakzalvers dier dagen, ook buiten onze grenzen, de humor waarvan de gehele compositie doortrokken is, zijn het bewijs dat de kunstbewerking in de ogen van de belangstellenden, ten aanzien van leven en welzijn niet met bijzondere risico's was omgeven.

Dit blijkt ten overvloede ook nog uit een serie plastische voorstellingen van de zintuigen door ANDRIES BOTH, een kunstenaar uit de 17e eeuw, waarbij op een ervan het gevoel wordt verzinnebeeldigd door de uitvoering van een tandextractie. Uit het verwrongen gelaat van de tandlijder zijn de pijnlijke gewaarwordingen ondubbelzinnig af te lezen.

En de moraal van dit alles? Niet anders dan dat bloedige en ruwe ingrepen aan het kauworgaan quod vitam weinig te betekenen hebben. Zo dacht men er reeds in vroegere eeuwen over.

Sindsdien heeft de vooruitgang allerwege, ook voor het gebit gunstig gewerkt. Het werd niet alleen mogelijk het tandbederf incidenteel in zijn ontwikkeling te stuiten, maar ook kon de pijnlijke ontsteking van de uiterst gevoelige weke tandkern worden opgeheven, zonder toevlucht te moeten zoeken tot de door John Tomes in 1841 ingevoerde, op de anatomie der gebitselementen gebaseerde extractietangen, die een enorme verbetering van het betreffende instrumentarium betekenden.

Mocht men van mening zijn dat hiermee ook het pleit ten gunste van op gebitsbehoud gerichte maatregelen was beslist, dan wacht een teleurstelling.

Datgene wat in het verleden de tandextractie in hoofdzaak deed zien als een pijnlijke ingreep, heeft voor een belangrijk deel zijn weerstand verloren door de ontdekking en vervolmaking van middelen voor de plaatselijke gevoelloosmaking waarmee de begeleidende pijn vrijwel kwam te vervallen. Daarbij heeft de moderne extractietechniek, deze toepassing door het grote publiek doen zien als een in snel tempo uitgevoerde kunstbewerking en in die vorm nog meer al eens onbelangrijke ingreep. Het is dan ook geen zeldzaamheid wanneer een patiënt zich bij de tandarts meldt met de mededeling dat hij „eventjes” een zere kies wil laten trekken.

Hoe komt het, zo kan men vragen, dat ondanks de verwekelijking van de moderne samenleving met al zijn palliatieven, die de angst voor elk lichamelijk insult een sterke stimulans heeft gegeven, hoe komt het dat desondanks het trekken van tanden en kiezen zo weinig tot het gevoel spreekt?

Ik noemde reeds de plaatselijke pijnopheffing, maar daarbij dient verder in aanmerking te worden genomen dat blijkens de ervaring van eeuwen de mond alle miljarden bacteriën, die erin ronddartelen ten spijt, over een wonderbaarlijk helingsvermogen beschikt. Aan de extractiewond wordt doorgaans geen bijzondere zorg besteed; deze wordt gewoonlijk aan zichzelf overgelaten en ook hierbij is het vrijwel regel dat de genezing zich, zonder enig verband, vlot en pijnvrij voltrekt. Uitgezonderd moeten worden de gecompliceerde gevallen waarbij een meer uitgebreide beschadiging van de tandkas ontstaat en dat ook de dolor post extractionem in het huidige tijdsgewricht een niet te verwaarlozen nazorg vereist. Maar hiermee houdt de gemiddelde mens bij zijn gevoelswaardebepaling van de tandextractie geen rekening.

Nu zou men in dit verband de werkelijkheid geweld aandoen door niet te beklemtonen dat het gevoel voor gebitsconservering vooral ook in sociaal opzicht een sterke groei heeft vertoond, niet het minst onder de werking van de ziekenfondsverzorging van de laatste twintig jaar. Deze (toegenomen) dentalmindedness is echter – en niet alleen in de sociale sector – voorwaardelijk en niet, gelijk men geneigd zou zijn te denken, ongeconditioneerd. Dit blijkt telkens wanneer b.v. een acute wortelvliesontsteking niet aanstonds gunstig reageert op een conservatieve behandeling en de pijn – zij het in verminderde mate – blijft aanhouden. Het is steevast dat de tandarts na enkele zittingen de vraag wordt voorgelegd of het niet beter zou zijn de tand of kies er maar uit te halen.

Men denke zich als pendant een patiënt met panaritium en of deze ooit het alternatief: een amputatie van de pijnverwekkende vingertop of teen in ernst zou overwegen om van de pijn te worden bevrijd.

Dat het hier geen specifiek ons volk kenmerkende instelling tegenover het gebit betreft, blijkt overduidelijk uit een zeer recente publicatie in de Verenigde Staten. Er is aldaar een nieuwe loot aan de tandheelkundige stam in opkomst, die luistert naar de naam „gnathologie”. Daaronder wordt verstaan de volledige gebitsrehabilitatie met behulp van alle geacheveerde technieken waarover de conserverende behandeling kan beschikken en nodig geacht om het betreffende gebit voor vroegtijdig verval te behoeden en tevens ter genezing van bepaalde gewrichtsstoornissen, die hun oorzaak vinden in een onevenwichtige occlusie en articulatie.

Dit is (om voor de hand liggende redenen) doorgaans een omvangrijke en uiteraard gespecialiseerde procedure en vanwege de daaraan verbonden kosten, uiteraard alleen bestemd voor patiënten die op behoud van hun gebit een hoge prijs stellen.

Wat leest men nu in het jongst verschenen boek waarin de gnathologie voor de eerste maal wordt behandeld? Ik citeer de schrijver nadat hij heeft uiteengezet tegenover de patiënt wat het doel is: de gezondheid van de weefsels, waarmee de gebitselementen in de kaak bevestigd zijn, zolang mogelijk te handhaven. Hij zegt dan:

„Eenmaal zover gekomen zijn de meeste patiënten verlangend te vernemen „wat dit allemaal gaat kosten. Wanneer een geschat honorarium is genoemd,

„kan het gebeuren dat de patiënt vraagt: „zou het niet goedkoper zijn om al „mijn tanden maar te laten trekken en een kunstgebit te laten maken?“¹⁾

Let wel, dit betreft Amerika en een situatie, ontleend aan de geselecteerde praktijk aldaar, die overal ter wereld wordt beschouwd als het tandheelkundig ideaal.

Dus komen we tot de vraag hoe dit alles moet worden verklaard. Welnu, de vooral uit het citaat zonneklaar blijkende gelijktijdige tegengesteldheid van gevoelens, het beurtelings liefhebben en haten, dat is het fundamentele dat de mens ook nu nog, ondanks alle mogelijkheden tot behoud, eigen is waar het zijn gebit betreft. Aan dit psychologisch verschijnsel heeft men de naam: ambivalentie gegeven. De ambivalente houding of liever: instelling vindt – dat zal nu wel duidelijk wezen – zijn grond voor een groot deel in deze overgeleverde simplistische voorstelling aangaande de tandextractie en de daarmee verbonden gebitsverminking.

Alvorens onze psychologische analyse voort te zetten, zal het dienstig zijn ons eerst in de biologische betekenis van het tand-kaakstelsel te verdiepen.

Wanneer wij van het kauworgaan in engere zin spreken, bedoelen wij daarmee, dat het een functionele maar ook een structurele eenheid vertegenwoordigt, waarmee ook wordt gezegd dat het niet als een optelsom van samenstellende eenheden kan worden beschouwd. De tandheelkundige student wordt al in de eerste jaren van zijn studie doordrongen van de gevolgen, verbonden aan het verlies van een of meer gebitselementen: het evenwicht in de opbouw wordt verstoord, er treden verschuivingen op en de cariesvatbaarheid wordt erdoor verhoogd.

Die structurele eenheid der tandrijen blijkt ten overvloede ook uit de onderlinge vervlechting van de vezels der afzonderlijke parodontia tot een ononderbroken doorlopend netwerk, dat het geheel verbindt.

Een zeer gewichtige biologische functie van het gebit bestaat in de uitgesproken vormgeving aan de aangezichtschedel en bijgevolg ook aan het gelaat. De opbouw van het gebit geeft – dit ten bewijze – mede het aanzijn aan de raskenmerken waarnaar de verschillende mensenrassen antropologisch worden ingedeeld. De primitieve rassen kenmerken zich door een min of meer dominante bimaxillaire protrusie, die bij de Europeaan weliswaar niet aanwezig is, maar zich in aanleg nog manifesteert door een buitenwaartse welving van het gebitsfront. Dientengevolge is het gebit vormbepalend voor de mondpartij en niet minder voor de gelaatsvorm.

Daarnaast neemt het gebit-in-occlusie een beheersende plaats in bij de proportionele driedeling van het aangezicht: haargrens-wenkbrauwboog, wenkbrauwboog-neuswortel en neuswortel-kingroef.

Bij verlies van een of beide tandrijen gaat uiteraard de laatstgenoemde afstand als anatomisch gegeven in de genoemde proportie verloren.

Maar er gaat in dat geval meer verloren. De eenheidscompositie van het ge-

1) V. O. LUCIA: Modern gnathological concepts; blz. 591.

laat is opgebouwd uit een aantal afzonderlijke elementen van verschillende vorm samenstelling en kleur. Uit die verscheidenheid van samenstellende delen is een geheel geschapen dat tot een harmonische eenheid is geworden, waarin het gebit een belangrijke functie vervult zodra het door de mimiek wordt ontbloot.

De tegenstelling tussen de aldus zichtbaar wordende gebitsstructuur, de unieke aard van het materiaal waaruit het gebit is opgebouwd, de kleur ervan, treft het oog van de beschouwer aangenaam, mede door de contrastwerking tegenover gelaatshuid en lippenrood. Kort gezegd: gaat van het gebit, zowel binnen het kader van de wisselende omlijsting als door zijn structuur een esthetische werking uit en het levert bij daarvoor in aanmerking komende individuen een bijdrage tot de sex appeal. Op een analyse van dit esthetisch effect, de wetmatigheid waaraan dit kan worden getoetst, behoeft hier niet te worden ingegaan. In dit verband kan worden volstaan met te constateren dat de indruk van welgevallen door de gemiddelde beschouwer onbewust wordt ondergaan en de reclamekunst maakt daar dan ook vaak een dankbaar gebruik van. Vraagt men de gemiddelde beschouwer naar de voorstelling die hij van het gebit heeft, dan blijkt elke analyserende waarneming hem vreemd. Zo zal het hem ontgaan dat de onder- en bovenfronttanden een ongelijke breedte vertonen en de boventanden over het onderfront sluiten en niet recht op elkaar. Ook valt het hem niet op dat met de tint van de gelaatshuid in de loop der jaren ook die van het gebit zich wijzigt, zodat de leeftijds-harmonie van het gehele gelaat wordt bewaard. Verder beschouwt hij – en vooral zij – als ideaal van schoonheid kleine en vooral witte tanden. Verwijzing naar lachende pin-up girls met knodsen van tanden, die tot hun aantrekkelijkheid bijdragen, wordt als geldige maatstaf ontkend, eerder geïnterpreteerd als een uitzondering die de regel bevestigt.

Niet het minst onder invloed van de onverdroten propaganda en vooral ook van de vigerende sociaaltandheekundige voorzieningen is het gevoel voor het bezit van een gezond gebit in belangrijke mate gegroeid. Het voortdurend stijgende aantal ziekenfondsgesaneerden is daarvan alleen al het tastbare en verheugende bewijs.

Desondanks heeft de regelmatige gebitsverzorging zijn psychische weerstanden: zij gaat met meer of minder pijnlijkheid, althans met onaangename gewaarwordingen gepaard. Zij vereist een behoorlijke dosis zelfoverwinning om zich periodiek er aan te onderwerpen en de ziekenfondsen hebben er dan ook – psychologisch een trouvaille – een premie op gesteld in de vorm van kosten-vrije behandeling voor de verzekerden, die een „S” in hun tandheekundig vaandel mogen voeren.

Niettemin gaat bij kleinzerige patiënten van die pijnlijke gewaarwordingen, maar vooral van de psychische spanning, waarvan de verwachting van pijn vergezeld gaat, op den duur een frustrerende werking uit. En die gepreoccupeerd tegemoet geziene behandeling moet jaar in jaar uit volgehouden worden. Dit is meer dan velen kunnen opbrengen en zo opent – in het licht van de reeds geschetste opvatting aangaande de extractie – het kunstgebit een lokkend verschiets: nooit meer tandpijn en nooit meer „boren”!

Maar er zijn – gelukkig – ook anderen en hun aantal neemt met de stijging van de welvaart, en de daarmee verbonden hogere eisen aan de uiterlijke persoonlijkheid, snel en in omvang toe. Dit zijn de mensen, die zich bewust zijn of worden dat hun uiterlijke verschijningsvorm door het gelaat, als onbedekt lichaamsdeel, mede wordt bepaald. Het is hun duidelijk dat voor het cultiveren en zo lang mogelijk handhaven van de fysieke aantrekkelijkheid, het behoud van de ongeschondenheid van het aangezicht een onmisbare voorwaarde betekent en derhalve ook het behoud van het gebit tot elke prijs moet worden nagestreefd.

Door de sterke stijging van de gemiddelde levensduur heeft dit aspect van wat ik zou willen noemen de gelaatscultuur een extra-impuls gekregen. En met het kunstgebit dan, zo zal men vragen, kan met behulp daarvan niet aan die behoefte worden tegemoet gekomen?

Alvorens op het aspect daarvan nader in te gaan dient op een bepaalde factor in het esthetisch waarden van het gebit eerst te worden ingegaan. Dat is het verschil tussen schijn en wezen.

Het schone vooronderstelt waarheid, waaronder is te verstaan dat de daarvoor ontvankelijke geen genoegen neemt met een uiterlijk dat niet een onafscheidelijk bestanddeel is van het wezen. Het ware esthetische gevoel kan geen vrede vinden in de loze schijn. De wetenschap dat het misleid wordt dringt zich bij de waarneming dermate aan het bewustzijn psychologisch op dat de vereiste isolatie (het vrij zijn van storende overwegingen) als voorwaarde voor het ontstaan van een indruk van welgevallen, niet kan ontstaan of, eenmaal ontstaan, bij de ontdekking van het bedrog verstoord wordt. Aan het kunstgebit moet dan ook elke innerlijk-esthetische waarde worden ontzegd; het is geschapen om de schijn te dienen, het wil haar ware gedaante zoveel mogelijk verhullen door het uiterlijk aan te nemen van iets waarmee het slechts in de verte enige gelijkenis heeft door de overeenkomst in functie. De neurotische angst voor mogelijke ontmaskering, het gevoel van vernedering dat menige tandeloze, ook in afzondering bekruipt wanneer hij, of vooral zij, zich van de schijn ontdoet, zijn terug te brengen tot de onesthetisch werkende bewustwording van de geschondenheid die achter de camouflage verborgen wordt gehouden. ¹⁾

Het zijn deze en daarmee verwante gevoelens die de personen, waarop hier wordt gedoeld, bekruipt. In het gevoelsmatige streven naar gebitsbehoud wordt tandeloosheid identiek geacht met de overtuiging daardoor jeugd en aantrekkelijkheid te hebben verloren.

Wenden wij ons thans tot degenen voor wie het dragen van een prothese, dus de gelaatsverminking als gevolg van (algehele) tandeloosheid niet met gevoelsweerstand is omgeven. Het esthetische verzet op basis van de schijn, die niet door het wezen wordt gedekt, is bij hen niet aanwezig, zoals bij de personen waarover zoëven gesproken werd. Zij worden geleid door de verwachting er met het kunstgebit (opvallend) netjes uit te zien; het schoonheidsideaal van de kleine en witte

¹⁾ Ned. Tijdschrift v. Tandheelkunde 1963; blz. 93.

tanden doet de natuurgelijkenis, als doel van elke prothetische camouflage, echter geen goed. Ook houden zij liever geen rekening met de tintverandering van het natuurlijke gebit bij de geleidelijke veroudering. De contrastwerking, die vooral bij personen op leeftijd binnen de daarvoor gestelde grenzen dient te worden gehanteerd, op straffe van een onnatuurlijk en een het kunstgebit verradend effect, verlangen zij juist geaccentueerd te zien. Kortom, zij willen door het kunstgebit er „jonger” op worden maar vergeten dat het leeftijdstype door een aantal factoren wordt bepaald in onderlinge afstemming, zodat verandering van een ervan de totale harmonie alleen maar kan verstoren en de gehoopte verjeugdiging niet tot stand kan komen door het aanbrengen van „jonge” tanden in een oud gelaat. Dat dit voornamelijk betrekking heeft op de esthetische normen van de vrouwelijke tandelozen behoeft wellicht geen nadrukkelijke vermelding, het geldt ook voor mannen, die door hun echtgenote aldus zijn geïnstrueerd.

Er is nog een tussencategorie, n.l. van prothesedragers die tegen hun innerlijke gevoel in tot de staat van tandeloosheid zijn geraakt, hetzij door voortijdig en ondanks grote inspanning niet te stuiten gebitsverval, of dat zij tot lijftandarts een practicus hadden verkozen die ex officio zelf als protheseminded kon worden aangemerkt. Daarnaast staan dan degenen die zich het prothetische geluk anders hadden gedroomd dan de situatie waarin zij zijn terecht gekomen.

Gegeven de irreversibele aard van de tandeloosheid is geen terugkeer tot het eigen, de sporen van slijtage vertonend kauworgaan mogelijk en zo moeten zij noodgedwongen volstaan met te treuren over de indicatiestelling die indertijd hun deel is geworden met alle decepties van dien.

Er is n.l. behalve de principiële psychologische factoren, welke reeds eerder werden aangeroerd, n.l. die van de fysieke geschondenheid en de estetik van het natuurlijke gebit, het probleem van de adaptatie, de gewenning, anders gezegd de aanpassing aan het vreemde lichaam dat de prothese zowel functioneel als psychisch vertegenwoordigt.

Wat het eerste betreft dient men er zich rekenschap van te geven dat de volledige tandprothese niet voldoet aan de voorwaarde van andere vervangingen van verloren gegane lichaamsdelen, n.l. dat zij stevig bevestigd worden aan het lichaam. Voor de tandprothese geldt voor^o het bovenkunstgebit dat het door de adhesie en de atmosferische druk behoorlijk op zijn plaats blijft; voor het onderdeel ontbreekt de z.g. zuigkracht en ligt het vrijwel los op de kaak. Bij de constructie moeten de mechanische voorwaarden geschapen worden waardoor het tijdens het spreken en het kauwen op zijn plaats blijft. Een en ander stelt hoge eisen aan de drager en draagster; zij moeten in plaats van onbewust kauwen, dus via het verlengde ruggemerg, met hun verstand de betreffende bewegingen op een geheel nieuwe wijze aanleren, hetgeen betekent dat zij moeten selecteren tussen bewegingen die wel en die niet tot het doel: het fijnkauwen van het voedsel, voeren.

De ervaring leert dat met de leeftijd de moeilijkheden van de aanpassing toenemen, dat er meer tijd moet verlopen eer de prothesedragers de moeilijkheden weet te overwinnen en het kauwen weer betrekkelijk onbewust verloopt.

Dan is er in het begin de onthutsende gewaarwording van het vreemde voorwerp als zodanig, waartegen met name de tong in opstand komt, deels vanwege de inperking van de voor dit orgaan nodige ruimte, anderszijds door het bijzonder uitgebreide tastgevoel dat vooral de tongpunt kenmerkt, waarbij deze een reeks verkenningen bijeenvoegt, summeert, en aldus tot een – men zou kunnen zeggen: vergrote, geaccumuleerde doorgeving van ruimtelijke en kwalitatieve indrukken aan het bewustzijn, komt. Deze „alarmreactie” is kwantitatief afhankelijk van de psychische structuur van de patiënt; het ene karaktertype zal meer berustend, positief ingesteld tegenover het corpus alienum reageren, het andere in een staat van meer of minder grote opwinding geraken. Dit betekent niet anders dan een individueel genuanceerde conflictsituatie, waarbij de veronderstelling of, juister uitgedrukt, de verwachting voorzit dat de prothesedragers als overwinnaar uit de strijd om de aanpassing te voorschijn zal komen. Dat zulks lang niet altijd het geval is, daarvan getuigen de protheses die niet of slechts ten dele gedragen worden.

Daarnaast is er nog de groep, die door de psychische weerstand tegen de prothese, hetzij als onbewuste protesthouding tegen de gebitsverminking, dan wel op veelal niet na te speuren gronden, het accoord niet weet te treffen of ertoe wordt gedreven de aanpassing tegen te houden door een onbewust negatieve instelling.

Naast deze min of meer normale reacties zijn er nog de neurotische verwickelingen. De voornaamste daarvan zijn die, welke in de psychiatrie conversievervalsingen worden genoemd van de hysterica, de reactie waarbij de onbewuste innerlijke conflicten in voor de lijder hanteerbare vorm worden geuit. De prothese of de beweerdde gewaarwordingen ervan, waarvoor aan het object zelf geen oorzaak aanwezig is, worden niet zelden tot middelpunt gemaakt van een scala van klachten. Het zij slechts vermeld omdat de tandarts hierbij uiteraard niet ongemoeid wordt gelaten.

De prothese mag dan bij de vervaardiging de kaken goed omsluiten, deze laatste bestaan uit levend weefsel. Dit betekent dat zij reageren op de mechanische prikkels die van de druk van de prothese bij het gebruik uitgaan. Deze reactie neemt de vorm aan van geleidelijke verschrompeling, dus vormverkleining, hetgeen uiteraard de pasvorm van de prothese verstoort. Wanneer ten slotte de prothesedragers dit bemerkt zoekt hij de oorzaak niet in een vormverandering van zijn kaken, maar in de prothese. Op dezelfde naieve grond als bij het bespeuren van een nieuwe carieuze aantasting, waarbij doorgaans verondersteld wordt dat er een vulling is uitgevallen.

Wat hij en zij evenwel niet zien is de geleidelijke proportieverstoring van het gelaat door de continue verlaging van de onderkaakwal, waardoor de kin in de occlusiestand van de prothese dicht bij de neus wordt gebracht dan oorspronkelijk. Reeds werd opgemerkt dat de mondpartij zo belangrijk is voor de gelaatsvorm en de gelaatsexpressie, met het gevolg dat de zo juist genoemde proportieverstoring aan het gelaat een karakteristieke veroudering geeft. Dat een dergelijk, voor de geoefende waarnemer op afstand herkenbaar, prothese-

gezicht de drager en draagster inclusief de omgeving veelal ontgaat, kan voor een deel worden toegeschreven aan de geleidelijkheid van het ontstaan, voor het overige berust zulks op het gebrek aan fysionomisch onderscheidingsvermogen dat de gemiddelde mens kenmerkt en hetwelk volgens Prof. VAN LENNEP alleen door veel oefening kan worden verkregen.

Dit verklaart dat het z.g. prothesegezicht, de „denture look” van de Angelsaksers, een zo opvallend kenmerk is van veel fysionomieën, hetwelk men overal kan waarnemen waar mensen bijeen zijn, hier als overal elders. Maar de eigenaars ervan zijn onwetend omtrent deze, niet gecamoufleerde gevolgen van hun algehele gebitsverminking. En zo vormt de zichtbare, slecht verhulde tandeloosheid een inherent bestanddeel van de uiterlijke verschijning van het huidige mensdom.

In het kader van deze beschouwing is er nog een facet dat aandacht verdient. Men zal zich hebben af te vragen: hoe beleeft nu de tandarts het gebit als orgaan waarvan de gezonde staat en de aandoeningen tot het terrein van zijn kennen en kunnen en dagelijkse werkzaamheid behoort?

De tandheelkunde is per definitie een onderdeel van de geneeskunde. Haar belangrijkste taak is zorg voor behoud van het leven en in dat opzicht is zij geroepen, waar nodig, de zieke mens tegen zichzelf te beschermen. Passen wij dit op de tandheelkunde toe dan betekent het dat de tandarts geroepen is zorg te dragen voor behoud van het gebit en ook hierbij – waar nodig – het te beschermen tegen bedreiging uit onkunde of wanbegrip.

Moge het leven al het hoogste goed zijn, van het gebit kan zulks – naar wij in het begin betoogden – in de beleving van de mens niet worden gezegd. Gesproken werd ter verklaring van een ambivalente instelling tegenover het kauworgaan.

Daarbij werd de nadruk gelegd op de bijzondere geneezingstendens van de kaken; voorts is de structuur van de harde tandweefsels van zeer specifieke aard. De behandeling van de aandoeningen ervan stelt speciale technische eisen, die geheel los staan van de middelen en methoden waarover de geneeskunde beschikt voor andere delen van het organisme. Geneeskunde en tandheelkunde hebben zekere medisch-biologische grondslagen gemeen, maar daarna gaat de therapeutische methodiek in de tandheelkunde haar eigen weg. Voor haar geen (om maar iets te noemen) onderzoek van het basaalmetabolisme, geen electrocardiogram, biochemische analyse of bloedonderzoek om tot het diagnostische of therapeutische doel te kunnen geraken.

Kort gezegd, in de dagelijkse praktijk is de algemeen geneeskundige basis waarop gewerkt wordt, smal waarbij verder nog in aanmerking dient te worden genomen dat het gebit een voor het leven misbaar orgaan vertegenwoordigt, in welks ontbreken door de kunst met toewijding pleegt te worden voorzien.

Hierin dient psychologisch de sleutel te worden gezocht voor het tandheelkundig drama dat zich in de eerste decennia van deze eeuw in de Verenigde Staten heeft voltrokken, nadat ROSENOW in 1917 experimenteel meende te

hebben aangetoond hoezeer het gebit als focale infectiebron een potentiële bedreiging vormde voor het daartegen weerloos geachte organisme. De hysterische extractiewoede waaraan de Amerikaanse tandartsen zich te buiten gingen, met uitschakeling van elk kritisch oordeel en nuchtere overweging, kan alleen verklaard worden door het nieuwe licht dat ROSENOW op het aan hun zorgen toevertrouwde orgaan had geworpen. Het gebit was plotseling van het niveau van autonoom en onbelangrijk orgaan verheven tot een essentieel bestanddeel van het lichaam in zijn totaliteit en de extractie van een locale tot een zuiver geneeskundige therapie. De bezinning is ten slotte geleidelijk weergekeerd, echter niet eerder dan nadat gebleken was dat bij ROSENOW's ruwe, onbiologische dierproeven fouten waren ingeslopen. Niettemin heeft de odontogene haardinfectie, ter verklaring van diagnostisch duistere gestelsaandoeningen, tot in het heden wetenschappelijk stand gehouden, ongeacht het door LAUTENBACH geleverde bewijs dat in de literatuur en het geneeskundig denken ook aan deze zijde van de Oceaan aan de focale infectie vanuit het gebit een overdreven betekenis is en nog steeds wordt toegekend. Niet zelden wordt men geconfronteerd met gevallen waarin een voor de medicus onverklaarbare aandoening uit dien hoofde verondersteld wordt haar oorzaak mogelijk in het gebit te hebben, waarbij dan een min of meer uitgebreide extractietherapie wordt geadviseerd. Het is teleurstellend dat doorgaans de tandarts bereid is tot gewillige uitvoering van een dusdanige verlegenheidsindicatie.

Houden wij ons ter aanvulling bezig met de richting waarin de tandheelkunde zich tot het huidige peil heeft ontwikkeld, dan is het meest opvallende eraan dat die vooruitgang niet zozeer in de breedte maar veeleer in de hoogte en diepte heeft plaats gevonden. De wetenschappelijke en technische vorderingen stellen zonder voorbehoud in staat om gebitsverval te stuiten en aldus het kauworgaan zijn functie tot in het senium te doen vervullen. Het kenmerk van deze vooruitgang is echter dat zij nimmer tot een vereenvoudiging in de toepassing van gebitconserverende methoden heeft geleid, daarentegen steeds meerdere gecompliceerdheid en groter opbod aan tijd met zich heeft gebracht. Er wordt daarbij uitsluitend gestreefd naar het doel om tot een zowel wetenschappelijk als technisch-manipulatief en estetisch onaantastbaar resultaat te geraken. Een aristo-plutocratische inslag kan bijgevolg aan een tandheelkunst op die basis niet worden ontzegd. De opleiding tot tandarts is eveneens op die grondslag gevestigd.

Maar wat betekent dit bij de algemene verbreiding van de gebitsaandoeningen tot een volksziekte? Niet anders dan dat van een toepassing op enigszins uitgebreide schaal geen sprake kan zijn. Anders gezegd, een dusdanige vorm van gebitconservering kan slechts ten dienste worden gesteld van een beperkte bevolkingsgroep, die bereid en in staat moet zijn alle consequenties ervan aan tijd en vooral geld te aanvaarden.

En de overblijvende bevolkingsgroepen dan? zal men aanstonds vragen. Gelukkig, zo zou ik willen zeggen, voelt niet iedere tandarts zich geroepen een praktijk te vestigen op het fundament van een beoefening naar de hoogste

maatstaven. Hierbij spelen uiteraard aanleg en geaardheid een selecterende rol. Velen vinden bevrediging in de toepassing van eenvoudiger werkwijzen, die binnen het bereik vallen van degenen, wier draagkracht aan niet te overschrijden grenzen gebonden is. Het tandheelkundig arsenaal beschikt in dat opzicht over voldoende mogelijkheden om ook in de conserveringsbehoeften van die categorieën te kunnen voorzien.

En wat als laatste de brede lagen der bevolking aangaat, zijn de eerder genoemde sociaal-geneeskundige voorzieningen aldus getroffen, dat ook gebitsbehoud binnen het bereik van de ziekenfondsverzekerden is gebracht. Alleen is dit aan scherp getrokken grenzen gebonden, opdat bij de bestaande verhouding tussen de continue aanvalsdruk van het tandbederf als overheersende volkskwaal en het beschikbare aantal ziekenfondsmedewerkers, het wettelijk toekende recht op gebitsbehandeling kan worden gehonoreerd. Anders gezegd: gebitsbehoud tot zekere hoogte... Welke hoogte dat is zal aan het slot worden weergegeven.

Met dit laatste wordt – en niet alleen sociaal – het bijzondere karakter van de tandheelkunst bloot gelegd. Reeds werd als doelstelling van de geneeskunst genoemd: behoud van het leven. Voor de tandheelkunst, die ervan uit gaat onderdeel van de geneeskunde te zijn, zou dus de doelstelling moeten luiden: behoud van het gebit, waaraan dan de beperking zou moeten worden toegevoegd: zolang zulks mogelijk is. Dit „mogelijk” zou dan zijn limiet moeten vinden in algemeen erkende, dus objectieve normen. Nu is juist het kenmerk van de praktijk dat er in feite alleen subjectieve maatstaven bestaan waarnaar door de individuele tandarts wordt beslist omtrent het lot van het betreffende gebits-element of elementen: conserveren of opofferen.

Het is hierbij dat de instelling van de tandarts ten opzichte van zijn beroeps-taak de beslissende rol vervult. Er zijn practici die het tot hun plicht rekenen het gebit tot het uiterste te verdedigen tegen de aanvalsdruk van de aandoeningen die het belagen. Dit betekent in moeilijke gevallen uiterste aandachtsconcentratie, opbod van energie en tijd. Het woord zelfverloochening is daarbij voor menige situatie niet overdreven.

Maar niet iedere practicus is daartoe bereid of in staat; al naar gelang van zijn tandheelkundige mentaliteit zal hij de grens, waartoe hij zal willen gaan, scherper trekken. Daarbij spelen ook andere niet te verwaarlozen overwegingen dan enkel het tandheelkundig mogelijke, een beslissende rol.

Om een voorbeeld te noemen. Sinds de dagen van ROSENOW is de pulpabehandeling zowel een tandheelkundige als een medische strijdvraag gebleven. Met de zorgvuldigheid van uitvoering staat of valt het duurzaam resultaat. Het dubieuze van het laatste heeft, gelijk reeds werd opgemerkt, het aanzien gegeven aan de theorie der dentogene haardinfectie. Deze onzekerheid, anders gezegd het risico voor de algemene gezondheid is aanleiding geworden tot het radicale standpunt pulpabehandelingen tot een minimum te beperken en bij aandoening van het tandmerg het element maar meteen op te offeren.

Wat met deze beperking van de eerder genoemde doelstelling tot beginsel

is verheven wordt aangeduid met het streven naar een *gezond* gebit in plaats van naar behoud van intacte tandrijen. De extractietang heeft bij een zodanig standpunt niet de laatste maar eerder een primaire therapeutische betekenis.

Welke conclusie kan hieruit worden getrokken? Dat hetgeen voor de gemiddelde mens geldt evenzeer het kenmerk is van de (laat ik maar zeggen) gemiddelde vertegenwoordiger van het tandheelkundig beroep: de ambivalente instelling tegenover het orgaan dat aan zijn zorgen is toevertrouwd.

Dat ik hiermee de tandartsen als totaliteit geenszins tekort doe vindt bevestiging in een zeer recente uitspraak van de hoogste gezagsdrager in onze beroepsgemeenschap, die ik voor alle duidelijkheid het beste kan citeren. Zijn advies luidt: „bij verzekerden die prijs stellen op behandeling van hun gebit, geen grote caviteiten behandelen en slechts in uiterste noodzaak pulpabehandelingen doen, ook wanneer het een gesaneerde verzekerde betreft.”¹⁾

Gelijk uit het vorenstaande blijkt, wordt aan de professionele ambivalentie ten opzichte van het kauworgaan een officiële sanctie verleend, die beter dan wat ook, de afstand aangeeft die kan bestaan tussen de objectieve tandheelkundige verworvenheden en de subjectieve toepassing ervan.

OVER DE THERAPIE VAN PARODONTALE AANDOENINGEN II

B. Subgingivale curettage en wederaanhechting

In tegenstelling tot de eenvoudige tandsteenverwijdering betekent de subgingivale curettage een excisie van de pathologisch veranderde weefselpartijen tot in het gezonde weefsel, en wel aan alle binnenvlakken van de pocket. Vooraf wordt het tand- resp. worteloppervlak grondig ontdaan van alle concrementen, maar tevens van alle necrotische cementlagen. RIEFLE (J. Periodont. 1951-1956) neemt zelfs geen genoegen met de restloze verwijdering van het cement, maar curetteert bovendien het tandbeen tot in de volkomen harde wefsellagen.

Aan de zijde van de weke delen dient volgens diverse auteurs het epitheel binnen het tandvleeszakje, met inbegrip van de epitheelaanhechting te worden weggenomen. Hiervoor worden de curettes volgens YOUNGER en GOOD, alsook die volgens MC CALL (1939) aanbevolen. Ook heeft men in vroeger jaren de verwijdering van het epitheel met chemische middelen (o.a. melkzuur en fenol) wel beproefd, doch aangezien men geen controle kan uitoefenen over de dieptewerking van dergelijke stoffen, is deze methode weer verlaten.

Onderzoekers, die de mogelijkheid van wederaanhechting van het bindweefsel ontkennen, stellen in verband daarmee de eis dat de epitheelaanhechting behouden blijft (RITCHY en ORBAN, 1952). Deze eis is in de praktijk echter bezwaarlijk te vervullen, omdat – gelijk uit histologisch onderzoek van RAMFJORD en

¹⁾ Ned. Tandartsenblad 1964; blz. 122.

KIESTER (1954) gebleken is – zelfs bij eenvoudige subgingivale tandsteenverwijdering de epitheelaanhechting, alsmede een groot deel van het epitheel van de binnenwand van de pocket al verloren gaat. Mét LINGHORNE (1955) en in tegenstelling tot WAERHAUG (1952) menen deze auteurs, dat curettage – óók wanneer niet alle epitheel van de binnenwand der pocket is verwijderd – tóch tot een goed resultaat kan leiden, omdat door wederaanhechting en weefselschrompeling het tandvleeszakje wordt verkleind.

Het vraagstuk van de wederaanhechting („reattachment”) na curettage, dat sedert de publicatie van YOUNGER omstreeks de eeuwwisseling ter discussie is geweest, heeft aanleiding gegeven tot een groot aantal klinische, röntgenologische, histologische en experimentele onderzoekingen. Het begrip „reattachment” wordt door GOLDMAN (1949) als volgt gedefinieerd:

„Reattachment may be defined as a regrowth of the attachment apparatus after the treatment of a periodontal pocket. A true reattachment, therefore, necessitates a new growth of cementum and bone with incorporation of periodontal fibers and the establishment of a functional periodontal membrane”.

Om de wederaanhechting te verwezenlijken dient aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan. RATEITSCHAK noemt de volgende:

1. rigoureuze mondhygiëne, ook door de patiënt zelf;
2. verwijdering van alle bronnen van marginale irritatie;
3. elimineren van elk occlusaal trauma;
4. plaatselijke medicamenteuze voorbehandeling van de pockets, ten einde het infectiegevaar te beperken;
5. bescherming van het na curettage ontstane bloedcoagulium in de pocket door een adequaat wondverband.

Volgens thans heersende inzichten zou het proces als volgt verlopen: Langs de fibrinevezels van het bloedcoagulium ontwikkelt zich van de gecuretteerde gingiva uit granulatieweefsel. Wanneer dit in contact komt met het worteloppervlak lokt het in eerste instantie een lichte cement- en dentineresorptie uit. Spoedig evenwel gaan zich cementblasten differentiëren, die aanleiding geven tot de vorming van nieuw cement of osteocement, waardoor een organische verbinding tussen bindweefsel en harde tandsubstanties tot stand wordt gebracht (BEUBE 1947; GOLDMAN 1949; SCHAFFER en ZANDER 1953; MORRIS 1953; ZANDER 1957; LINGHORNE 1957 en anderen, zie ook Exc. Odont. Sectie I, no 404, sept. 1955).

Intussen groeit van de marginale tandvleesrand weer epitheel in de diepte; dit tracht het gecuretteerde wondoppervlak van de pocket-binnenwand te bedekken en tegelijkertijd een nieuwe hechting aan de tand te bewerkstelligen (STONES 1934; SKILLEN en LUNDQUIST 1937; RAMFJORD 1952; WAERHAUG 1952, 1955 en anderen). Deze epitheelgroei gaat door, tot zij op de in het nieuw gevormde cement geïnsereerde bindweefselvezels stuit. Aldus kan men van een wederaanhechting van bindweefsel in de diepte en van een epitheliale wederaanhechting in de kroonwaarts gelegen delen van de gecuretteerde pocket spreken.

Daarbij is de bindweefselverbinding met het worteloppervlak zeker van de

meeste betekenis, want zij alleen maakt het mogelijk, dat door de vorming van nieuw cement van een organische verbinding tussen het tandoppervlak en de weke parodontale weefsels kan worden gesproken.

De duur van de genezing resp. het tot stand komen van wederaanhechting na curettage bedraagt volgens BLASS en LITE (1959) ongeveer 10 dagen.

Hoewel de mogelijkheid van wederaanhechting na curettage tegenwoordig in principe als bewezen wordt beschouwd, leert klinische ervaring dat zij in het merendeel der gevallen niet of slechts gedeeltelijk te bereiken is. Waarschijnlijk zijn hiervoor twee oorzaken aan te wijzen:

- a. bij diepe pockets is het buitengewoon moeilijk, werkelijk alle subgingivale concrementen te verwijderen en het worteloppervlak volkomen glad te maken (SCHAFFER 1956; FRUMKER en GARDNER 1956; VAUTHIER 1959).
- b. in de meeste gevallen komt ondanks alle voorzorgen het bloedcoagulum in de pocket tot verval, alvorens het zich op de bovenbeschreven wijze heeft kunnen organiseren.

De betekenis van de curettage is dan ook niet zozeer gelegen in de poging, wederaanhechting tot stand te brengen, als wel in de eliminering van zoveel mogelijk marginale prikkels, zodat de ontstekingsverschijnselen uit de weg worden geruimd. Een zeker volumereductie van de pocket door schrompeling is daarbij regel.

Opgemerkt wordt nog dat niet de parodontale pocket als zodanig, maar de „actieve“, nl. door ontstekingsprocessen veranderde pocket behandeling behoeft. Uit een rondvraag van LEONHARDT (1948) bij een aantal Amerikaanse parodontologen (BEUBE, BUCK, GOLDMAN, HIRSCHFELD, MC CALL en anderen) blijkt eveneens dat de opvatting, als zou een ontstekingsvrij tandvleeszakje zonder exsudaat bij een glad worteloppervlak geen behandeling van node hebben, overheerst.

C. Chirurgische behandelingsmethoden

1. Gingivectomie en gingivoplastiek

De indicatie tot het verrichten van chirurgische ingrepen bij parodontale aandoeningen wordt in het algemeen pas gesteld nadat de voornaamste fasen van de plaatselijke behandeling zijn geschied, d.w.z. na verwijdering van concrementen, eventueel subgingivale curettage, instructies met betrekking tot een goede mondhygiëne, tandvleesmassage en het elimineren van functiestoornissen. De beslissing betreffende een aanvullende chirurgische behandeling wordt niet eerder genomen dan nadat men de resultaten daarvan enkele weken heeft afge wacht.

Deze voorbereidende maatregelen bieden de volgende voordelen:

- a. de operatie vindt plaats in een gebied dat vrij is van ontsteking, zodat de kans op sterke bloeding gering is;
- b. postoperatieve infectie komt nagenoeg niet voor en de wonden genezen in verband daarmee beter en sneller;

- c. de wachtperiode tussen voorbehandeling en operatie kan worden benut om de medewerking van de patiënt te controleren;
- d. zijn de omstandigheden gunstig, dan kan alleen op grond van de voorbehandeling al genezing intreden, waardoor de chirurgische ingreep overbodig of althans beperkt wordt (GLICKMAN, GOLDMAN, RAMFJORD e.a.)

Blijkt daarentegen dat aan chirurgische maatregelen ondanks voorbehandeling niet te ontkomen is, dan wordt na afloop van de wachtperiode beslist of deze zal bestaan in gingivectomie, gingivoplastiek of opklapping („flap operation”). Veelal worden trouwens verschillende methoden gecombineerd.

De eenvoudige gingivectomie nu heeft tot doel de excisie van de parodontale weke delen, die de supra-alveolaire pockets begrenzen.

Over de wijze van incisie bestaat nog geen eenheid van opvatting. De meeste auteurs brengen deze aan tot in de bodem van de pocket (COOLIDGE 1938; ORBAN 1941; GOLDMAN 1946; GILSON 1942; WADE 1954). Anderen geven echter de voorkeur aan een nog diepere incisie, nl. tot op het alveolaire bot (o.a. CRANE en KAPLAN 1931; BERNIER en KAPLAN 1947), ten einde op die wijze de normale morfologische betrekkingen tussen het bot en de marginale weke delen te herstellen. Aangezien evenwel de hierdoor teweeggebrachte radicale eliminering van weke delen tot esthetisch ongunstige resultaten kan leiden, heeft de CRANE-KAPLAN-techniek weinig of geen navolging gevonden. WAERHAUG (1955) prefereert op grond van dierproeven een incisie enigszins coronaalwaarts van de pocketbodem, waarbij de epitheelaanhechting wordt ontzien. SHAPIRO (1957) verlegt de incisie zelfs nog verder marginaalwaarts. Onafhankelijk van de diepte van de pocket kort hij alleen de tandvleeszoom ongeveer 2 à 3 mm in, waarna hij de pocket curetteert. Met deze „reattachment operation” tracht hij de hernieuwde epithelisering van de gecuretteerde parodontale weefsels te vertragen om aldus meer tijd te winnen voor de bindweefselvorming door het bloedcoagulum. Om esthetische redenen is zijn methode in het bijzonder voor de fronttanden van betekenis.

De genezing van de door gingivectomie ontstane wond is in verschillende dierexperimenten bestudeerd, doch in aanmerking genomen het feit dat diverse onderzoekers (o.a. JANSEN en WAERHAUG) de snede daarbij in de gezonde marginale gingiva aanbrachten is het zeer de vraag of de uitkomsten aanstonds voor de situatie na gingivectomie bij de mens kunnen gelden. Volgens histologisch onderzoek van ORBAN en ARCHER (1945) en later van BERNIER en KAPLAN (1947) is na 9 dagen het coagulum georganiseerd en het wondoppervlak bijna geheel met epitheel bedekt; 14 dagen na de operatie is de epitheelvorming voltooid, waarna de functionele aanpassing van het nieuwgevormde weefsel begint. Deze uitkomsten stemmen in hoofdzaak overeen met de klinische bevindingen bij de mens.

In de laatste jaren is de eenvoudige gingivectomie verder uitgebreid tot „gingivoplastiek” (GOLDMAN 1950, 1960, HELD en CHAPUT 1959). Niet alleen de pocket

zelf, maar ook een van de norm afwijkende contour van het marginale parodontium kan, bv. door retentie van voedselresten en plaquevorming, het ziekteproces bevorderen resp. onderhouden en bovendien de zelfreiniging en het resultaat van mondhygiënische maatregelen in de weg staan.

Gingivoplastiek is de methode der keuze bij met hypertrofie en hyperplasie gepaard gaande ontstekingsprocessen van de parodontale weefsels, alsook wanneer het tandvles een opgeworpen rand vertoont. Laatstgenoemde toestand doet zich o.a. voor na curettage, nl. door schrompeling van het weke parodontale weefsel. Ook is de methode aangewezen bij verlies van de normale tandvlescontour en van de interdentale papillen, bv. na recidiverende gingivitis ulcerosa.

Doel van de gingivoplastiek is vooral, de normale guirlandevorm van de tandvleszoom te herstellen. Hiertoe worden de voor gingivectomie gebruikelijke skalpels, maar vooral de elektrofulguratie aanbevolen, omdat op deze wijze een exacte modellering mogelijk is (o.a. GOLDMAN 1960; RATEITSCHAK en EBERLE 1962). Sommige auteurs geven weer de voorkeur aan roterende instrumenten in de conventionele boormachine of in de turbine (FOX 1955, OLIVER 1960, POLLOK 1962; CHALIFOUR 1962). Er is nog geen vergelijkend onderzoek bekend met betrekking tot de wondgenezing na toepassing van de genoemde methoden, maar er is reden tot de veronderstelling dat de bewerking van de gingiva met roterende slijpstenen gemakkelijk leidt tot weefselbeschadigingen, die de wondgenezing vertragen.

Gingivectomie en gingivoplastiek worden dikwijls in combinatie toegepast.

D. *Opklapping („flap operation”) en osteoplastiek*

De indicatie tot deze chirurgische maatregel bestaat bij diepe parodontitiden met vorming van infra-alveolaire pockets. Een inleidende locale behandeling in de zin als boven bij de gingivectomie beschreven, is ook hier als voorwaarde te stellen.

Zij die als eersten de voorheen als „radicale operatie” beschreven behandeling propageerden, stelden als eis, dat na de vorming van een mucoperiostlap het „geïnfecteerde en necrotische” been werd verwijderd, en dat door middel van osteo-ectomie de verticale atrofie in een horizontale werd omgezet (zie pag. 585).

Sedert de onderzoekingen van KRONFELD (1935), ORBAN (1939), WEINMANN (1941), GLICKMAN c.s. (1942) en ERAUSQUIN c.s. (1943) zijn de opvattingen omtrent de chirurgische behandeling van het bot evenwel grondig gewijzigd. De genoemde auteurs toonden nl. aan dat het alveolaire bot in het verloop van parodontale aandoeningen nagenoeg nooit geïnfecteerd of necrotisch is, zodat ook geen sequestervorming optreedt. De enige mogelijkheid is, dat het ontstekingsinfiltraat van de weke weefsels op het bot overgaat, waardoor osteoclasten worden geactiveerd en atrofie optreedt. Deze processen kunnen door functiestoornissen (occlusaal trauma) nog worden geaccentueerd.

Wanneer echter de ontsteking resp. de functiestoornissen door plaatselijke behandeling zijn geëlimineerd, komen zij in het algemeen echter tot stilstand. In bijzonder gunstige gevallen kan het zelfs weer tot vorming van nieuw been komen.

Deze bevindingen nu hebben ertoe geleid, dat bij opklapping naast de verwijdering van granulatieweefsel en van het in de diepte gewoekerde epitheel aan de mucoperiostlap alleen nog plaats is voor osteo-ectomie, wanneer zij in de vorm van osteoplastiek wordt uitgevoerd (FRIEDMANN 1955; CARRANZA c.s. 1956; GLICKMAN 1959; GOLDMAN 1960; PRICHARD 1961; RATEITSCHAK en EBERLE 1962). Zo worden scherpe beenranden afgerond en verdikte beenpartijen zodanig gemodelleerd dat zij ten opzichte van de omgeving tot de juiste contour zijn teruggebracht.

Eén van de grootste voordelen van de „flap operation” is echter gelegen in de mogelijkheid de curettage van de worteloppervlakken der vrijgeprepareerde elementen onder goed overzichtelijke omstandigheden te verrichten.

In tegenstelling tot de onder B genoemde curettage, waar – gelijk gezegd – wederaanhechting eerder uitzondering dan regel is, groeit na opklapping de mucosalap in de regel weer aan het gecuretteerde tandoppervlak vast (MORRIS 1953, 1957, 1961; LINGHORNE 1957; HIATT 1959; KOHLER 1960).

De methode kan met die van gingivectomie en gingivoplastiek worden gecombineerd. Zo wordt bv. dikwijls buccaal opgeklapt en palatinaal resp. linguaal alleen gingivectomie toegepast. Ook de mucoperiostlap zelf kan vóór of na repositie op het wondoppervlak in de zin van een eenvoudige gingivectomie marginaal worden ingekort.

V.

(wordt vervolgd)