

HUIDFISTELS UITGAANDE VAN HET GEBIT

J. W. FEITSMA

Onbekendheid in medische kring van de samenhang van een huidfistel met de apicale aandoening van een gebitselement, met als gevolg een symptomatische en bijgevolg vruchteloze behandeling van de cutane complicatie, is voor H. S. STOLL (arts) en H. A. SOLOMON (tandarts) aanleiding geweest om in „The Journal of the American Medical Association” (J.A.M.A.) hiervoor aandacht te vragen. Alhoewel de in de titel genoemde combinatie als vrij zelden voorkomend wordt beschouwd, zijn de schrijvers door verwijzing van patiënten in de gelegenheid geweest 22 gevallen te behandelen.

De verwijzing hield in feite verband met de (misplaatste) verdenking te doen te hebben met een kwaadaardige huidaandoening. Het niet-onderkennen van de ware aard had in verscheidene gevallen geleid tot een destructieve behandeling van het betreffende huidgebied. Toegepast waren penicilline, elektrocoagulatie, chirurgische ingrepen in de vorm van incisie, excisie, vaak meer dan eens, oppervlakkige röntgenbestraling met als gevolg niet alleen cutane maar ook subcutane littekenvorming.

De huidwond bestaat doorgaans uit een knobbeltje rondom de opening, waaruit spontaan of op druk bloederig of purulent vocht wordt afgescheiden. Deze eruptie kan met een roof of korst bedekt zijn, terwijl de omringende huid ingetrokken is. Aan het ontstaan van de huidlesie is veelal één of zijn er meer aanvallen van tandpijn met of zonder gingivale zwelling voorafgegaan; is de fistel eenmaal ontstaan dan is pijn vrijwel steeds afwezig.

Het oorzakelijke pulpaversterf kan een gevolg zijn geweest van een slag of stoot tegen de tand, overbelasting vanwege het tussen de tanden vastklemmen van potlood of pijpsteel of als gevolg van malocclusie, waardoor de bloedvaten en zenuwtakjes gekneld en beschadigd worden. Ten slotte is er nog de chemische werking van vulmaterialen (silicaatcement kunsthars) op de pulpa.

Pathogenetisch blijft het peri-apicale abces of granuloom in de regel gelokaliseerd. De pusafscheiding volgt de weg van de minste weerstand en wordt bepaald door de anatomische verhouding tot de omgeving van de apex. Het abces ledigt zich zelden aan de linguale zijde van de kaken, veeleer aan de buccale zijde van de molaarstreek. De lengte van de wortel is eveneens van invloed. Ook de spieraanhechting speelt een grote rol in de plaats waar het kaakbot wordt geperforeerd. Breekt de pus dóór boven de aanhechting dan komt zij in de mondholte terecht; geschiedt dit er beneden, dan zal de pus door de weke weefsels van de wang een gang maken en zich via de huid ontlasten.

In de bovenkaak zal een perforatie onder de aanhechting van de m. buccinator een tandvleesfistel doen ontstaan; bij een doorbraak boven de aanhechting

van de „trompetterspier” zal een wangfistel het gevolg zijn. Bij een apicale ontsteking aan de ondersnijtanden speelt de *m. mentalis* een rol; bij de bovenfrontanden met inbegrip van de hoektanden is de *m. caninus* bepalend voor het ontstaan van een fistel die dan zijn zetel kan hebben in de *plica nasolabialis*.

Als regel zoekt de fistel, uitgaande van een element in de onderkaak, zijn weg boven de oorsprong van de diepe halsfascie en de fistel verschijnt dan boven de onderrand van de mandibula. Geschiedt de pusafscheiding onder de diepe halsfascie dan kan deze zich op een meer verwijderde plaats naar buiten ontlasten: aan de hals in de omgeving van het sleutelbeen of aan de borst.

De tandfistel komt echter het meest voor aan de kin, in welk geval de oorzaak gezocht moet worden aan een der ondertanden. Andere plaatsen zijn het ondergedeelte van het gelaat en de hals waarbij het gebied van de premolaren en molaren zetel is van het oorzakelijke gebitselement. Van belang is daarbij dat de fistel niet in verbinding behoeft te staan met het dichtstbij gelegen element.

Diagnostisch kenmerkend is de typisch knobbelvormige lesie met een centrale opening waarin niet zelden een slappe sonde tot in de buurt van het schuldige element kan worden geschoven. De huid is ter plaatse vast met het bot verbonden door een harde streng. Een röntgenfoto geeft de nodige zekerheid vanwege de apicale opheldering in het bot.

Als therapie wordt extractie van de schuldige tand of kies het meest toegepast, al kan in daarvoor in aanmerking komende gevallen ook een conserverende behandeling in de vorm van een endodontische voorziening met (zo nodig) apexresectie tot het doel voeren. Een oorzakelijke behandeling voert automatisch tot genezing van de huidfisteluitgang. Een plastisch-chirurgische verwijdering van het litteken wordt als regel uitgesteld tot na de voltooiing van de tandheelkundige behandeling. Het doorgaans overblijvende kuiltje was echter in de door de schrijvers besproken gevallen voor geen der patiënten aanleiding om ook hierop een beroep te doen.

Van de betreffende patiënten was er één jonger dan 10 jaar, vier waren reeds 5 jaar met een fistel behept, vijftien 2 jaar alvorens zij onder behandeling kwamen. Vijf waren reeds meerdere malen aan de fisteluitgang geopereerd. Van de 22 patiënten hadden 16 ter plaatse een knobbel van enkele tot 15 millimeter groot. Bij 15 kon op druk sereus of troebel vocht worden geperst uit de opening, die met een korst was bedekt. Zeven huidlesies waren door een streng met het ondergelegen bot verbonden en konden in de mond duidelijk worden afgetast. In alle gevallen vertoonde het betreffende gebitselement een apicale opheldering op de röntgenfoto.

Tot zover een weergave van de verhandeling in de *J.A.M.A.* Wat hierin vooral opvalt is het blijkbaar geringe algemeen klinische inzicht in de mogelijke samenhang tussen een huidfistel en een chronische aandoening aan een der gebitselementen. Niet minder treft de vaak ingrijpende en vruchteloze symptomatische behandeling van het gelaatsdefect. Dit is des te verwonderlijker omdat het betreffende verband niet pas in het jongste verleden is ontdekt. Integendeel. Zo

werden – om dicht bij huis te blijven – reeds in 1918 in het *T.v.T.* met een gedocumenteerde casuïstiek twee gevallen inzake een kin- en halsfistel onder de aandacht gebracht, waarbij de eerste conservatief genezen werd.

Zij nog vermeld dat in het *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde* van 11 april 1964 een referaat van het *J.A.M.A.*-artikel is opgenomen.

Literatuur:

H. L. STOLL M.D. and H. A. SOLOMON D.D.S.: Cutaneous sinuses of dental origin. *J.A.M.A.* 1963, vol. 184, 181/51.

R. W. STIJN: Fistels van dentale oorsprong (ref.) *N.T.v.G.* pag. 773, 1963.

P. H. BUISMAN: Twee interessante gevallen. Recidiverende kinfistel en recidiverend hals-abces van tanden uitgaande. *T.v.T.* pag. 460, 1918.

Spiegelenburghlaan 27, Aerdenhout.