

DE EXTRACTIE ONDER NARCOSE*)

G. BOERING

Inleiding

De gebitsextractie onder narcose is ruim een eeuw oud. Het was de tandarts HORACE WELLS uit Hartford, die op 11 december 1844 de eerste extractie onder algehele anesthesie verrichtte. Hij gebruikte lachgas als narcosemiddel. Vrij spoedig werden nieuwe narcotica en betere methoden van toediening ontdekt. De tandheelkunde had hieraan echter niet of nauwelijks deel.

In de Angelsaksische landen bleef de lachgas-anesthesie populair. In ons land werd de narcose door tandartsen weinig toegepast.

Het was vooral tijdens en na de tweede wereldoorlog dat de algehele anesthesie in de medische wereld een grote vlucht nam. Nieuwe middelen en betere technieken werden ontwikkeld, alle met het doel het risico en de nabezwaren van de narcose te verminderen. Ook deze ontwikkeling voltrok zich grotendeels buiten de tandheelkunde om. De huidige toestand is, dat de tandarts tijdens zijn opleiding kennis maakt met de narcose, doch dat de praktische toepassing hiervan hem niet wordt onderwezen. Deze laatste berust thans vrijwel geheel bij de op dit terrein gespecialiseerde artsen.

Er is echter nog een gering aantal tandartsen, dat gebruik maakt van de lachgas narcose. Meestal hebben zij hun opleiding in het buitenland ontvangen.

Men kan zich afvragen, wat er de oorzaak van is, dat de ontwikkeling van de algehele anesthesie zich buiten de tandheelkunde om heeft voltrokken. Het antwoord hierop is vermoedelijk, dat de tandarts vrij spoedig na het ontdekken van de narcose de beschikking kreeg over steeds betere lokale anesthetica, welke zijn behoefte aan een algehele anesthesie sterk deden verminderen.

De moderne lokale anesthetica maken het hem mogelijk vrijwel alle ingrepen pijnloos te verrichten. De werking van deze middelen is snel, de

*) Voordracht gehouden voor de Voorjaarsvergadering van de Ned. Ver. v. Tandartsen op 23 april 1965.

toediening kan in de spreekkamer geschieden en de techniek is eenvoudig, de risico's zijn gering en enige vorm van voor- of nazorg is niet nodig. *De lokale anesthesie past in het huidige werkschema van de tandarts.*

Indicaties tot de behandeling onder algehele anesthesie.

De patiënten, waarbij de tandarts met de lokale anesthesie vaak niet uitkomt, kan men in drie groepen verdelen, namelijk:

- a. *Ernstig geestelijk gestoorde patiënten* (oligofrenen).
- b. *Spastische patiënten*, welke door hun voortdurende beweging de behandeling bemoeilijken.
- c. *Zeer nerveuze of angstige patiënten*, waartoe men ook zeer angstige kinderen kan rekenen.

De *indicatie* tot een behandeling onder narcose wordt echter behalve door de patiënt mede voor een belangrijk deel door *de tandarts zelf* bepaald.

De ene tandarts zal, doordat hij vertrouwen wekt, rustig en beheerst optreedt en bij een angstige of nerveuze patiënt ongepreoccupeerd de tijd neemt, bijna nooit behoefte aan een narcose hebben, dit in tegenstelling tot zijn collega, die deze gaven niet bezit of de moeite hiervoor niet kan opbrengen. Ook de mate van ervaring in het behandelen van bovengenoemde patiënten is een belangrijke factor. Hoe groter die ervaring, des te geringer de behoefte aan een narcose.

Tòch blijft er een groep patiënten bestaan, die zonder narcose niet behandeld kan worden.

ad a. De grootste groep wordt gevormd door *patiënten met manifeste psychische stoornissen*. Een aantal hiervan wordt in inrichtingen verpleegd. Door hun onbeheerst gedrag maken zij een goede tandheekkundige behandeling onmogelijk. Hun gebit verkeert vaak in een deplorabele toestand. De behandeling onder narcose zal dan ook meestal bestaan uit extractie van de carieuze elementen. Als het gebit echter verder nog vrij goed is, verdient het aanbeveling de extracties te beperken en alle beginnende caviteiten en precarieuze fissuren te behandelen. Door het aanbrenge van eenvoudige vullingen kunnen vele elementen gered worden en kan het kauwvermogen van de patiënt behouden blijven. Een gebitsprothese zal door deze psychisch gehandicapten immers vrijwel nooit geaccepteerd worden. Dit houdt in dat bijna al hun voedsel gedurende hun verdere leven gepureerd zal moeten worden. Bij de betere medische verzorging van deze patiënten wordt thans meer dan vroeger aandacht aan het gebit besteed. Het bespreken van de mogelijkheid tot gebitssanering

van oligofrenen onder narcose valt buiten het bestek van deze voordracht. Vermoedelijk zal de meest ideale toestand die zijn, waarbij deze patiënten in de inrichting zelf behandeld kunnen worden.

Tegenwoordig worden zij nog te vaak verwezen naar universiteitsklinieken of specialisten in de mondheekunde, welke het echter niet hun taak achten grote aantallen van deze patiënten te behandelen.

ad b. De *spastische patiënten*, meestal kinderen, kunnen soms eveneens uitsluitend onder narcose behandeld worden. Ook hiervoor geldt, dat de behandeling het beste op vaste tijden in een centrum kan geschieden door één of meer tandartsen in samenwerking met een narcotiseur.

ad c. Na bespreking van de min of meer absolute indicaties komen wij thans tot die groep patiënten, waarbij wij de indicatie relatief zouden willen noemen.

Tot deze groep behoren de *zeer nerveuze patiënten* met een overdreven angst voor gebitsextractie, benevens de on(be)handelbare kinderen. Zoals reeds eerder werd opgemerkt is de grootte van deze groep mede afhankelijk van de behandelende tandarts. Bij een gedeelte van de patiënten, die de wens te kennen geven onder narcose te worden behandeld, blijkt na een inleidend gesprek dat de extractie even goed onder lokale anesthesie kan worden uitgevoerd. Hetzelfde geldt voor de groep angstige kinderen. Het aantal kinderen, dat in paniek raakt voor een extractie van één of meer elementen en dat niet voor rede vatbaar blijkt, is relatief gering. Geruststellend toespreken, het toedienen van een sedativum en het gebruik van een oppervlakte-anestheticum, b.v. in de vorm van een spray, doen vaak wonderen. Ondanks al deze mogelijkheden kunnen er uiteraard nog enige patiëntjes overblijven, die alleen onder narcose te behandelen zijn. Daar het hier meestal de extractie van één of meer melkelementen betreft, zal de narcotiseur vaak met een kortdurende narcose of met een roesje kunnen volstaan. Deze narcose moet echter wel van zodanig lange duur zijn, dat de tandarts rustig kan werken. „Haastige spoed is zelden goed”, geldt ook hier.

Volwassenen met een grote angst voor een totale gebitsextractie onder lokale anesthesie, die de wens te kennen geven onder narcose behandeld te worden, moeten zo objectief mogelijk worden voorgelicht over de voor- en nadelen van deze vorm van gevoelloosmaking.

Veel patiënten hebben er namelijk geen idee van wat een narcose inhoudt. Sommigen hebben de indruk dat zij „even in slaap gemaakt worden”, dat daarna hun gebit „even getrokken wordt” en dat zij vervolgens direct weer naar huis kunnen gaan. Enige voorlichting is hier zeker op zijn plaats.

De *voordelen* van de extractie onder narcose zijn voornamelijk van psychische aard, d.w.z. de patiënt ziet, hoort en voelt niets van de extractie; hij is er psychisch „niet bij betrokken”. Dat deze psychische factoren bij velen een belangrijke rol spelen moge blijken uit het succes van de z.g. „Evipan-inrichtingen”.

Voor de tandarts kan de narcose het voordeel hebben, dat hij zijn werk kan verrichten zonder hinderlijke interrupties van de patiënt. Doordat in één zitting het gehele gebit wordt verwijderd, is de patiënt „er in één keer af”. De indruk bestaat, dat de kans op napijn en alveolitis bij een extractie onder narcose kleiner is dan onder lokale anesthesie. De kans op nabloeding is bij een goede wondverzorging eveneens gering.

De *nadelen* van de extractie onder narcose zijn behalve van budgetaire en organisatorische aard ook van algemeen lichamelijk karakter. Een narcose houdt altijd een groter risico in dan een lokale verdoving en is steeds een grotere aanval op de algemeen lichamelijke conditie. Voor de tandarts en ook voor de patiënt betekent de behandeling onder narcose meestal een grotere opoffering van tijd en voor de laatste bovendien hogere kosten.

Voor de eerstgenoemde komt hier dan nog bij, dat de behandeling niet in zijn eigen praktijkruimte kan geschieden en dat de extractie onder narcose technisch vaak moeilijker is. Het „zicht” is meestal slechter en de patiënt kan niet meewerken. Dit laatste komt vooral naar voren bij de extractie van de onder-elementen.

Bij het optreden van complicaties als fracturen van het tuber maxillae, grotere perforaties van de antrumbodem, moeilijk te verwijderen radices, etc. is het niet doenlijk specialistische hulp in te roepen of de patiënt te verwijzen.

In het algemeen zal men de indicatie tot extractie onder narcose eerder stellen als het een totale extractie betreft dan wanneer het om de verwijdering van een enkel element gaat. Ook de graad van moeilijkheid van de extracties kan van belang zijn bij het overwegen van een algehele anesthesie, evenals slechte ervaringen bij vroegere extracties onder plaatselijke verdoving.

Onderzoek en voorbehandeling

Wanneer men de indruk heeft, dat de wens van de patiënt om zijn gebit onder narcose te laten verwijderen, gerechtvaardigd is en deze begrepen heeft, wat een dusdanige behandeling inhoudt, is het van belang, *dat de*

operateur, alvorens definitief tot extractie onder narcose te besluiten, overleg pleegt met de huisarts.

Een uitgebreide *anamnese* betreffende de algemene gezondheid van de patiënt, samen met de gegevens van de huisarts stellen de narcotiseur in staat zich een oordeel te vormen over de narcose-risico's. Wanneer de algemene gezondheid te wensen overlaat, zal hij de patiënt doen *opnemen*, in de andere gevallen is een *poliklinische behandeling* mogelijk.

Het is van belang dat de tandarts niet alleen het gebit van te voren onderzoekt, doch ook aandacht besteedt aan eventuele afwijkingen van de kaken (ondersnijdingen, te weinig intermaxillaire ruimte, etc.). Een *röntgenstatus* van het gebit mag evenmin ontbreken. Deze heeft tot doel te voorkómen, dat de patiënt later nog eens onder narcose behandeld zal moeten worden voor de verwijdering van achtergebleven wortelresten of geretineerde elementen (verstandskiezen), welke men bij het klinisch onderzoek niet had opgemerkt.

Narcose, extractie en wondverzorging.

Het geven van een narcose dient te geschieden door een *gekwalificeerd anesthesist*. Vooraf zal overleg moeten plaats vinden tussen tandarts en narcotiseur aangaande de algemene gezondheid van de patiënt, over de plaats en het tijdstip van de behandeling, alsmede over de geschatte duur van de ingreep.

De *plaats, waar de extractie onder narcose* zal worden uitgevoerd, zal uiteraard niet de spreekkamer van de tandarts kunnen zijn, doch een *goed geoutilleerde polikliniek-operatiekamer van een ziekenhuis*. Om longcomplicaties te voorkomen zal de anesthesie een *intubatie-narcose* moeten zijn. De opblaasbare manchets om de buis, welke in de trachea wordt geschoven, voorkomt dat bloed en speeksel in de longen lopen.

Intubatie via de neus geniet de voorkeur. De tandarts wordt aldus bij zijn manipulaties in de mond niet door de tube gehinderd en hij houdt een goed overzicht van zijn operatierrein. De neus – en keelholte kunnen nog extra door een *vochtige gaastampon*, welke diep in de farynx wordt ingebracht, afgesloten worden. Bloed en speeksel worden op deze wijze geheel tegengehouden en wegspringende brokstukken van elementen of vullingen kunnen niet in de keel geraken.

Het *narcoticum* kan in overleg met de narcotiseur bepaald worden. Dit kan vooral van belang zijn wanneer men tijdens de extractie een adrenalinhoudend lokaal anestheticum wil injiciëren om bloedingen te beperken. Het zicht verbetert hierdoor aanzienlijk, hetgeen het opsporen van radices vergemakkelijkt. Bij een fluothane narcose is adrenaline echter gecontraïndiceerd (Hart-arythmieën).

Een geringe hoeveelheid lokaal anestheticum maakt het mogelijk de narcose oppervlakkig te doen zijn.

De houding van de patiënt zal ter stabilisatie van de circulatie een liggende moeten zijn. Een verstelbare operatietafel is hiervoor het meest geschikt.

De extractie onder narcose is, zoals reeds werd opgemerkt, naar onze ervaring technisch moeilijker dan onder lokale anesthesie. Het overzicht is slechter en de patiënt werkt niet mee, hetgeen men, zoals reeds werd opgemerkt, vooral ondervindt bij extracties in de onderkaak. De slappe, vaak uitpuilende tong kan daarbij bijzonder hinderlijk zijn. De bloeding van de wonden is meestal sterker. Een goed afzuigapparaat voor bloed en speeksel is dan ook onmisbaar. Assistentie door een collega, een verpleegster of handige assistente vergemakkelijkt het werken zeer.

Het instrumentarium voor de extractie zal de tandarts zelf moeten meebrengen. Om aan eventuele complicaties het hoofd te kunnen bieden zal, naast de normale serie extractietangen en elevatoren, enig chirurgisch instrumentarium niet mogen ontbreken. Hiertoe behoren o.a. een klein buikig mes, een raspatorium, een schaar, een knabbeltang, hechtinstrumentarium en hechtmateriaal. Voor de verwijdering van radices zijn hamer en beitel of een boormachine vaak onmisbaar. Deze laatste zal eveneens door de tandarts moeten worden meegebracht. Hij kan hiertoe gebruik maken van een statief-boormachine, een techniek-boormachine, welke aan een statief opgehangen kan worden of een moderne zeer kleine zwakstroomboormachine, welke in een koffertje mee te voeren is.

Het instrumentarium en de kunde van de tandarts moeten van dien aard zijn, dat de behandeling onder alle omstandigheden voltooid kan worden, ook als er complicaties optreden. Verwijzing naar een specialist is immers, gelijk reeds gezegd, niet mogelijk. Mede in verband hiermee geven wij er de voorkeur aan de behandeling steriel uit te voeren.

Bij de extractie in de onderkaak moet men de *mandibula* goed fixeren, opdat er geen beschadiging van het *kaakgewricht* kan optreden. De extractietechniek verschilt nauwelijks van die onder lokale anesthesie en kan dus onbesproken blijven.

De wondverzorging bij de extractie onder narcose dient optimaal te zijn. Het doel hiervan is te voorkomen dat nabloedingen optreden of dat later zou kunnen blijken, dat de *processus alveolaris* eigenlijk tevens gecorrigeerd had moeten worden. Scherpe randen en interdentale septa worden met de knabbeltang iets bijgewerkt.

Wat de *processus alveolaris* betreft moet er op worden gelet, dat al te sterke ondersnijdingen, welke vooral in de streek van het *tuber maxillae*

kunnen voorkomen, weggenomen worden en dat er voldoende intermaxillaire ruimte in het gebied van de achterste molaren aanwezig is.

Om een *snelle genezing* te bevorderen en om *nabloedingen te voorkómen* hechte men de gingivawonden. Wanneer na het extraheren van de elementen van één kwadrant, onmiddellijk wordt overgegaan tot hechting, is het bloedverlies tijdens de verdere extractie minimaal en blijft een goed overzicht bewaard. Als de wonden op deze wijze worden verzorgd is de mond „droog” als de narcose beëindigd wordt.

Beëindiging narcose

Vóór het leggen van de laatste hechtingen waarschuwt men de narcotiseur, dat de ingreep ten einde loopt. Men taste nog éénmaal de processus alveolaris af en controleer door vergelijking met de röntgenstatus of inderdaad alle elementen verwijderd zijn. De mond wordt grondig geïnspecteerd op achtergebleven brokstukken van elementen of vullingen. In overleg met de anesthesist kan de keeltampon nu verwijderd worden. Zodra de patiënt wakker is wordt hij naar de „recovery-room” gebracht.

Wanneer de ingreep poliklinisch geschiedt kan de patiënt na 2 à 3 uur per taxi en onder geleide naar huis worden vervoerd. Vaak voelen de patiënten zich na de narcose nog „slap”, ook klagen zij soms over keelpijn (tengevolge van de narcose-tube).

De nabehandeling berust verder bij de tandarts.

In verband met de mogelijkheid van het optreden van complicaties van algemene aard is het van belang dat ook de huisarts enige aandacht aan de patiënt besteedt.

Nabeschouwing

De vraag rijst thans of het mogelijk en verantwoord is de indicatie tot extractie onder narcose te verruimen nu de algemene anesthesie een grote mate van veiligheid heeft bereikt en poliklinische toepassing mogelijk schijnt. Moet de tandarts op die grond nu tegemoet komen aan de wens van de patiënt om onder narcose te worden behandeld? Wanneer men de aard en omvang van de behandeling vergelijkt met medische ingrepen, waarvoor thans in het algemeen een narcose geïndiceerd wordt geacht, dan is deze wens van de patiënt te rechtvaardigen. De vraag rijst echter: zijn de tandartsen en de anesthesisten gereed om aan deze grotere behoefte te voldoen en tevens bereid er aan mee te werken dat de mogelijkheden hiertoe geschapen worden?

Wij kunnen niet aan de indruk ontkomen, dat van weerszijden deze

bereidheid slechts gering is. Mogelijk speelt de overbelasting van de beoefenaren van beide beroepen een rol. De situatie lijkt zich thans te ontwikkelen in een richting, waarbij de totale extractie onder narcose uitsluitend plaats vindt aan universiteitsklinieken of uitgevoerd wordt door specialisten in de mondheekunde.

Het is echter de vraag of deze gang van zaken wel juist is. Bovendien laat de geringe capaciteit van de bestaande centra een uitbreiding van de indicatie niet toe. De extractie onder narcose, welke naar het zich laat aanzien niet met moeilijkheden gepaard zal gaan, lijkt ons tot de taak van de tandarts algemeen practicus te behoren. Dit is zeker het geval met de behandeling van geestelijk gehandicapten, waar tevens conserverend werk moet worden verricht.

Een ander probleem is gelegen in het vinden van een geschikte behandelkamer. De vraag is namelijk of in de bestaande ziekenhuizen of klinieken over voldoende ruimte kan worden beschikt om er regelmatig extracties of behandelingen onder narcose uit te voeren.

De tandarts en de anesthesist zullen samen moeten trachten plaatselijk mogelijkheden te scheppen. Deze moeten echter, wat outillage en personeel betreft, aan dezelfde eisen voldoen als die, welke voor een narcose bij de gebruikelijke chirurgische ingrepen gelden.

Om aan mogelijke complicaties bij deze vorm van extractie het hoofd te kunnen bieden lijkt het gewenst, dat de algemeen practicus, die zich hiervoor geporteerd voelt, van te voren in een bestaand centrum onder deskundig toezicht enige malen een extractie onder narcose uitvoert. Met de uitgebreide praktijkervaring, waarover hij beschikt, zal het hem weinig moeite kosten de techniek onder de knie te krijgen. Het is daarna van belang, dat hij de verkregen vaardigheid onderhoudt en uitbreidt door regelmatig extracties of behandelingen onder narcose te verrichten. Een zekere „pooling” van patiënten zal hierbij vermoedelijk noodzakelijk zijn.

In het vorenstaande is getracht in het kort een overzicht te geven van de tandheelkundige problemen, welke verband houden met de gebitsextractie onder narcose.

De toenemende behoefte aan deze behandeling roept een aantal vraagstukken op, welke door tandarts en narcotiseur gezamenlijk zullen moeten worden opgelost. Daarbij dient de veiligheid van de ingreep echter altijd voorop te blijven staan.