

*Uit de Kliniek voor Mondheelkunde
van het Algemeen Provinciaal,
Stads- en Academisch Ziekenhuis
te Groningen.
Hoofd: G. Boering.*

EEN GEBITSELEMENT IN DE SINUS MAXILLARIS

R. G. M. VAN DER VELD, instructeur.

De patiënt, die ik u wil voorstellen is een huisvrouw van 21 jaar (Pk. 65/2570). Ongeveer 2 jaar geleden werd bij haar een premolaar rechts in de bovenkaak geëxtraheerd in verband met een wortelontsteking. Sindsdien heeft zij de volgende klachten:

- hoofdpijn, uitstralend over de rechter schedelhelft;
- een recidiverende zwelling van de rechter gelaatshelft;
- een drukkend en vol gevoel in de rechter wang, vooral bij bukken en inspannende arbeid;
- af en toe een vieze smaak.

Ofschoon bovengenoemde symptomen altijd meer of minder duidelijk aanwezig zijn geweest, waren zij toch niet van dien aard, dat de patiënt hiervoor haar huisarts of tandarts consulteerde. Twee maanden vóór zij zich voor onderzoek meldde, werd wederom een element in de rechter bovenkaak geëxtraheerd, vermoedelijk de tweede molaar. De extractie verliep zonder moeilijkheden en het element werd in zijn geheel verwijderd. Enige dagen na de extractie namen de klachten sterk toe. Vooral de vieze smaak, veroorzaakt door afvloed van een secreet rechts uit de bovenkaak, kwam nu frequenter voor. Patiënte is niet vaak verkouden, het rechter neusgat is niet dikwijls verstopt en zij heeft niet vaak een vieze zakdoek. Na de extractie heeft zij geen verbinding tussen neus- en mondholte opgemerkt.

De anamnese met betrekking tot de *algemene gezondheid* levert geen bijzonderheden op.

Bij het *uitwendig onderzoek* worden geen duidelijke afwijkingen gevonden. De rechter gelaatshelft is niet gezwollen, er is geen drukpijn in de fossa canina of ter plaatse van het foramen infra-orbitale rechts. De rechter neusgang is iets minder doorgankelijk dan de linker. Bij snuiten komt er echter geen pus. Er zijn geen gezwollen lymfklieren te palperen.

Bij het *onderzoek van de mondholte* wordt een matig onderhouden gebit gevonden. De molaren en premolaren rechts in de bovenkaak zijn alle geëxtraheerd. Er zijn geen aanwijzingen voor een getetineerde M_{3sd} .

Op de processus alveolaris ter hoogte van de M_{2sd} bevindt zich een

klein slijmvliesdefect met een enigszins opgeworpen rand. Via dit defect is een ongeveer 2 cm diepe holte te sonderen. Bij het terugtrekken van de sonde komen enkele druppels foetide pus mee. De processus alveolaris en de mucosa vertonen verder geen afwijkingen, geen drukpijn en geen zwelling. De snuit- en blaasproef, welke bij het vermoeden van een antrumperforatie uitsluitel kunnen geven, zijn negatief.

Bij de snuitproef wordt de neus van de patiënt dicht geknepen en wordt hem hierna gevraagd te trachten lucht in de neus te persen. De mond is hierbij geopend, waardoor men bij het bestaan van een oro-antrale verbinding lucht in de mond hoort en dikwijls ook ziet ontsnappen, doordat de lucht enige druppels vocht of bloed voor zich uit drijft. Wanneer er geen lucht ontsnapt en de proef dus negatief is, is het bestaan van een antrumperforatie echter niet uitgesloten. Een los gedeelte van het antrum-slijmvlies of een poliep kan de fistel als een ventiel afsluiten. Het is hierom nuttig ook een blaasproef te doen. Hierbij wordt de patiënt gevraagd met gesloten lippen de wangen bol te blazen. Bij een open verbinding tussen mond en antrum zal de lucht via de neus ontsnappen, hetgeen soms met een eigenaardig geluid gepaard gaat. Het verdient aanbeveling beide proeven als routine na elke extractie van bovenmolaren of -premolaren uit te voeren.

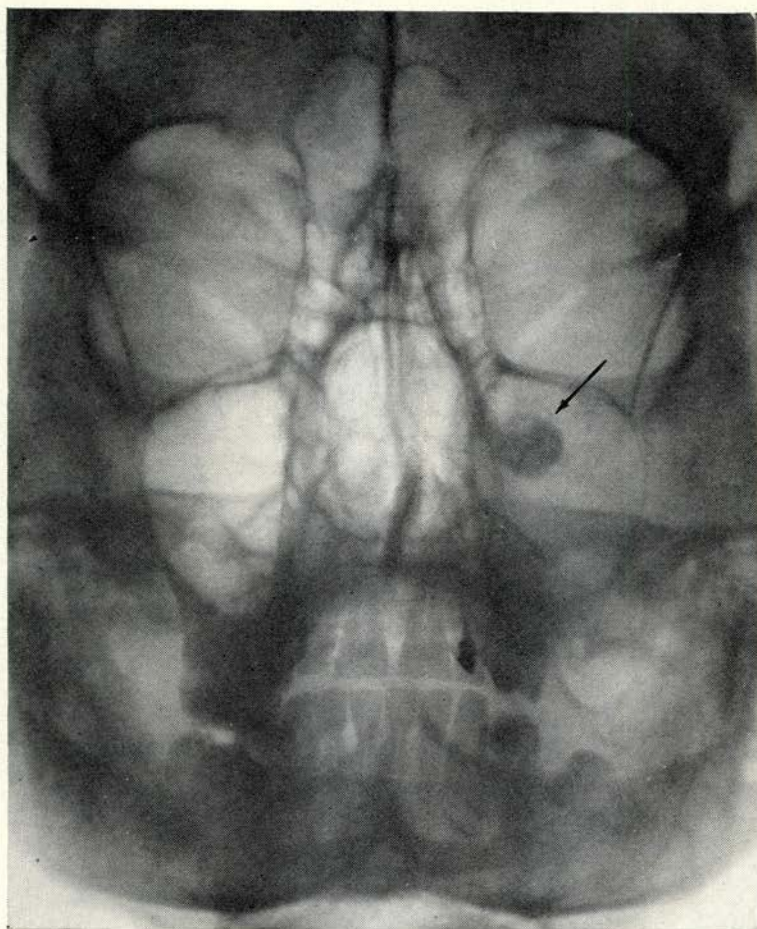
Het is niet mogelijk om bij onze patiënt op grond van de klinische bevindingen een diagnose te stellen.

Voor het *röntgenologisch onderzoek* kan men gebruik maken van de tandfilm. De perforatie is hierop echter niet altijd goed te zien. Door een knopsonde mee te fotograferen is de fistel te lokaliseren. Op de tandfilm kunnen eventueel achtergebleven radices gemakkelijk worden waargenomen.

Voor een overzicht van de neus en de neusbijholten is echter vooral de occipito-mentale schedelopname (LILIENFELD) bijzonder geschikt. Op deze opname (afb. 1) blijkt de rechter sinus maxillaris sterk gesluierd te zijn. Een sluiering treedt op, als er minder röntgenstralen worden doorgelaten dan bij de met lucht gevulde normale bijholte. De oorzaak hiervan kan zijn, dat zich in de kaakholte slijm, pus, bloed, poliepen of neoplasmata bevinden. Ook na een operatieve ingreep in de sinus maxillaris is de doorlaatbaarheid verminderd.

Vooraf bij sinusitides van dentogene oorsprong is de sluiering meestal eenzijdig en kan men de doorlaatbaarheid voor röntgenstralen van linker en rechter kaakholte fraai vergelijken. De klachten van de patiënt, de aanwezigheid van een fistel en van een sluiering van de sinus maxillaris rechts doen sterk denken aan een chronische sinusitis maxillaris als gevolg van een antrumperforatie.

Wanneer wij deze opname echter nauwkeuriger beschouwen, is het mogelijk hoog in de rechter sinus maxillaris een element te ontdekken. Het element heeft het model van een niet geheel volgroeide molaar. Op de laterale schedelfoto is de plaats van het element in sagittale richting te



Afb. 1. De occipito-mentale schedelopname laat een duidelijke sluiering van de sinus maxillaris dext. zien. Hoog-mediaal in de projectie van deze bijholte is een niet afgevoerd gebitselement te onderscheiden.

bepalen (afb. 2). Bij informatie blijkt dat de M_{3sd} niet doorgebroken is.

Vermoedelijk hebben we hier dan ook te maken met een geretineerde M_{3sd} met een grote folliculaire kyste, die de sinus maxillaris geheel, of voor een groot gedeelte verdrongen heeft en die, als gevolg van de extractie van de M_{2sd} , naar de mond geperforeerd is. De chronische infectie van deze kyste kan verantwoordelijk worden gesteld voor de klachten van de patiënt, terwijl ook het feit dat snuit- en blaasproef negatief zijn, hiermee in overeenstemming is.

Om een nauwkeuriger beeld van de lokalisatie van het element ten opzichte van het antrum te krijgen, worden tomogrammen gemaakt, zowel in sagitta-



Afb. 2. Op de laterale schedelfoto is de ligging van het element in sagittale richting te bepalen.

le als in transversale zin en op verschillende diepten. Hieruit blijkt dat het element mediaal in de dorsale sinuswand ligt, vlak tegen de orbita-bodem. Om differentieel-diagnostische redenen of om de uitbreiding van de kyste in de sinus maxillaris en naar de neus vast te stellen, kan men de holte via de perforatie opspuiten of deze opvullen met een in een röntgen-constrastmiddel (Lipiodol) gedrenchte tampon. Op de laterale en voor-achterwaartse schedelfoto is de begrenzing van de kyste hierna fraai waar te nemen. Bij onze patiënt zijn deze opnamen echter niet gemaakt.

De *therapie* bestaat aanvankelijk uit het spoelen van de holte met een

lauwe fysiologische zoutoplossing. Het spoelvocht vloeit terug via de perforatie en bevat veel stinkende pus. Bij een oro-antrale fistel, ontstaan door een extractie, loopt het spoelvocht altijd via de hiatus semilunaris en de middelste neusgang uit de neus van de sterk voorovergebogen patiënt. De obstructie, die bij onze patiënt bestaat, pleit wederom voor een kyste. Het spoelen wordt herhaald, tot geen pus meer afvloeit.

In verband met de uitbreiding van de kyste wordt besloten de patiënt onder algehele anesthesie te behandelen.

Het pre-operatief algemeen lichamenlijk onderzoek levert geen bijzonderheden op.

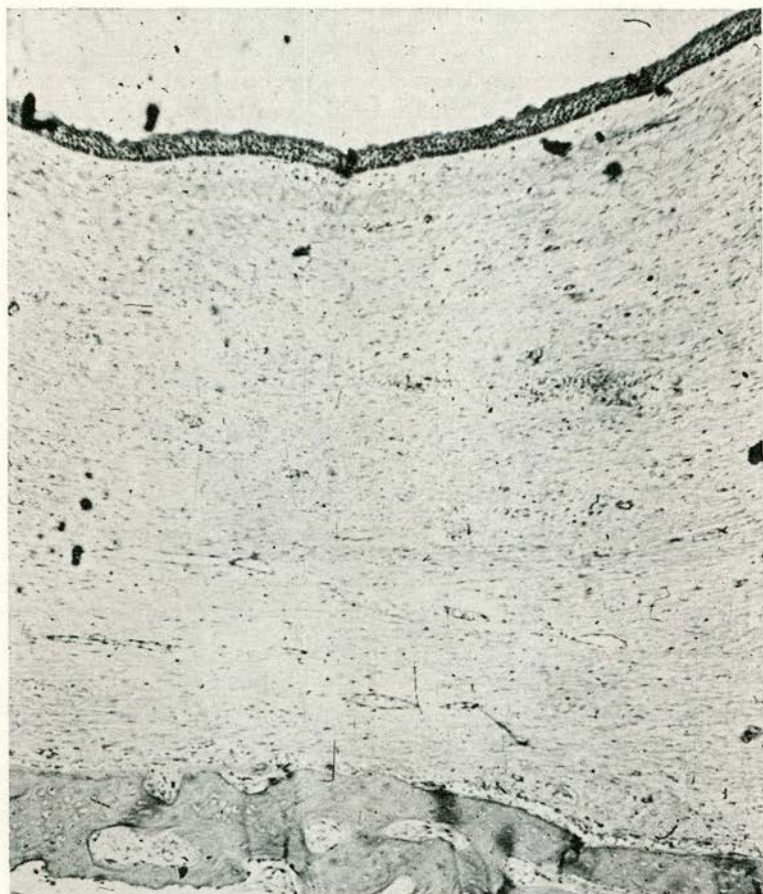
Negen dagen na het eerste onderzoek wordt de patiënt opgenomen en behandeld onder een fluothane-lachgas-zuurstof intubatie-narcose. Via een incisie over de processus alveolaris van Csd tot over het rechter tuber maxillae wordt de bovenkaak blootgelegd. De bestaande perforatie in de antrumwand wordt vergroot en de kystebalg losgeprepareerd en gescheiden van het resterende antrumslijmvlies, hetgeen geen moeilijkheden oplevert. In de kyste bevindt zich een element, waarvan de radices zich in een botlamel bevinden, zoals ook op de röntgenfoto van het preparaat te zien is (afb. 3).

Omdat de kyste in toto is verwijderd, wordt besloten de holte primair te sluiten.

Behalve een geringe temperatuursverhoging en een lichte zwelling van de rechter wang de eerste dagen na de operatie, treden verder geen na-



Afb. 3. Röntgenfoto van de verwijderde kyste. De radices van de nog niet afgevormde M_{3sd} bevinden zich in een dunne botlamel.



Afb. 4. Doorsnee van de kystewand. Er is een dikke fibreuse wand met aan de kant van de kysteholte plaveisel-epitheel en aan de buitenzijde een dunne botlamel.

bezwaren op. De patiënt wordt na 5 dagen in goede toestand ontslagen. Bij controle twee maanden later, bestaan er geen klachten.

Pathologisch-anatomisch onderzoek

De kyste wordt ter onderzoek opgestuurd naar het Pathologisch Anatomisch Laboratorium (Hoofd: Prof. Dr. A. ARENDS en Prof. Dr. H. N. HADDERS). Het verslag hiervan luidt:

– Het preparaat bestaat uit een opgeknijpte kyste met een verdikte wand. Diep in de kyste bevindt zich een element, waaroverheen een botlamel. Bij microscopisch onderzoek van de wand zien wij een kyste, bekleed met

plaveisel-epitheel en een vrij dikke fibreuze wand, waarin wat chronisch ontstekingsinfiltraat. Hierboven zien wij een dun laagje botweefsel, wat weer bekleed is met trilhaarepitheel, waarschijnlijk antrum-slijmvlies. De diagnose luidt: cystis follicularis dentis -. (afb. 4).

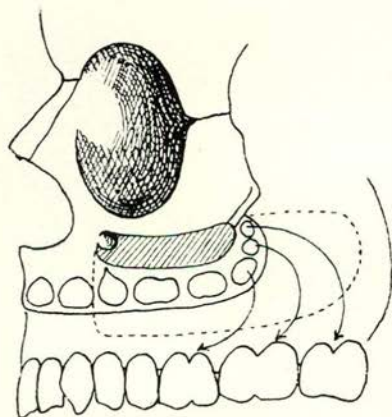
Nabeschouwing

Men kan zich afvragen hoe de abnormale relatie tussen de derde molaar in de bovenkaak en de sinus maxillaris te verklaren is.

Uit een tekening in een publikatie van KEITH blijkt, dat de derde molaar in de bovenkaak zeer hoog wordt aangelegd (afb. 5). Men zou zich kunnen voorstellen, dat er een stoornis optreedt en het element niet naar de normale plaats van doorbraak migreert, zoals dit bijvoorbeeld bij de boven-cuspidaat wordt waargenomen.

De derde molaar kan, doordat zich rond de kroon een folliculaire kyste ontwikkelt, van zijn plaats naar boven worden gedrongen. Zeer waarschijnlijk is dit bij onze patiënt het geval geweest, zoals ook blijkt uit het feit dat de radices zich in een dunne botlamel bevonden, welke niet de sinuswand was. Door extractie van de M_{2sd} en mogelijk ook reeds bij de verwijdering van de premolaar, ontstond in dit geval een verbinding van de kyste met de mondholte en raakte deze geïnficeerd. Het is deze infectie, die zeer waarschijnlijk verantwoordelijk is voor de klachten van de patiënt.

Tenslotte kan bij een poging tot extractie van de verstandskies het element, via een hierbij optredende perforatie van de antrumbodem, in de kaakholte schieten. De snuit- en blaasproef zijn hierbij vanzelfsprekend positief. Op de röntgenfoto kan het element diverse lokalisaties hebben, die soms wisselen na standsveranderingen van het hoofd.



Afb. 5. De derde molaar in de bovenkaak wordt zeer hoog aangelegd (naar KEITH).

Samenvatting

Een gebitselement in de sinus maxillaris

Naar aanleiding van een patiënt met een zeer hoog, ogenschijnlijk in de sinus maxillaris gelegen M_3 sup., worden de mogelijke oorzaken van een abnormale relatie tussen de derde molaar in de bovenkaak en het antrum besproken.

Summary

A tooth in the maxillary sinus

On account of a patient whose M_3 sup. was apparently located in a very high position in the maxillary sinus, probable causes are discussed of an abnormal relation between the third molar in the upper jaw and the maxillary sinus.

Overwinningsplein 59, Groningen.