

MELKMOLAREN EXTRAHEREN OF NIET

G. K. VAN DONGEN

In de literatuur over preventieve orthodontie wordt er herhaaldelijk op gewezen, dat de melkmolaren zo lang mogelijk hun integrale plaats binnen de tandboog dienen te behouden, wil men standanomaliëën, en dan met name een foutieve instelling van de eerste blijvende molaar, voorkómen.

Hiermee is echter – behalve in gevallen van resorptie van de wortels van de tweede melkmolaar door de doorbrekende eerste blijvende molaar – het probleem van het behoud van de melkmolaren verplaatst van het gebied van de orthodontie naar dat van de conserverende tandheelkunde. Tijdens de cursus Kindertandheelkunde te Leiden in 1952 heeft dan ook J. G. DE BOER een overzicht gegeven van de mogelijkheden, die er voor het behoud van de melkmolaren zijn.

In de praktijk echter zien we vaak dat, wanneer niet direct tot extractie van melkmolaren wordt overgegaan, het gebruik van een „afstandbewaarder” zich beperkt tot het devitaliseren van de pulpa en het ruim openen van de pulpakamer van melkmolaren, waarna deze elementen dan als „natuurlijke” afstandbewaarders in functie blijven. Ook diep-carieuze melkmolaren, waarbij de natuur de devitalisatie en het ruim openen op zich heeft genomen, laat men gaarne om die reden zitten. Trouwens, in een in mijn bezit zijnde „Instructie voor de schooltandarts”, vastgesteld door de Centrale Raad voor de Sociale Tandheelkunde, uitgave 1950, wordt deze methode van devitalisatie van de pulpa, gevolgd door het ruim open leggen van de pulpakamer, voorgeschreven voor het wegnemen van pijn.

Afgezien van het feit, dat deze methode het gestelde doel niet bereikt, daar de door de melkmolaren gevormde bufferzone in bepaalde gevallen reeds aanmerkelijk kan worden aangetast door proximale cariës van de betrokken melkmolaren, worden er bovendien mogelijkheden door geschapen voor het ontstaan van standanomaliëën, zij het dan ook van andersoortige dan de boven genoemde.

Immers, DECHAUME stelt, dat melkelementen met niet-vitale en niet-behandelde pulpae de tendens hebben moeilijker te resorberen, terwijl THOMA zich beroept op een publikatie van MORGAN uit 1938 en

schrijft: „Too little attention is given to the prolonged retention of deciduous teeth, and often they are allowed to be retained until the permanent ones erupt buccally or lingually and until considerable malocclusion results”.

Hoe komt het nu, dat deze melkelementen zo lang gereteneerd blijven? Het meest voor de hand liggend is te veronderstellen, dat bij deze elementen een peri-apicale afwijking, granuloom of kyste, aanwezig is, die de doorbraak van de blijvende elementen verhindert. Dit verklaart echter niet, waarom in het ene geval het blijvende element wèl doorbreekt en daarbij een weg inslaat die buiten de haard omgaat en tot een standanomalie leidt, terwijl in het andere geval het blijvende element zeer lang stationair blijft. Bovendien is klinisch bij verwijdering van een melktand-rest slechts bij hoge uitzondering een pathologische afwijking waarneembaar.

Waarschijnlijker is het dan ook om als oorzaak van de retentie een stoornis in het mechanisme van de doorbraak aan te nemen. Over het mechanisme van de doorbraak echter bestaat, ondanks het feit, dat reeds JOHN TOMES zich met dit probleem heeft bezig gehouden, nog steeds geen communis opinio.

Amerikaanse auteurs, zoals SICHER c.s., zien de resorptie van de wortels van de melkelementen als een proces, dat voornamelijk wordt bepaald door de ontwikkeling van het blijvende element.

DECHAUME daarentegen, zich baserend op Franse onderzoekingen, ziet het als een proces van drie samenwerkende onderdelen, nl. van de pulpa van het te vervangen element, van het peri-radicaire bindweefsel van dit element en ten slotte van het vervangende element.

Hoewel beide theorieën niet onverenigbaar zijn, lijkt mij toch de theorie van DECHAUME c.s. klinisch aanlokkelijker dan die van SICHER c.s., maar het is moeilijk hier thans iets definitiefs over te zeggen.

Als conclusies zouden wij dan ook willen geven, dat:

1. het behouden van melkmolaren in de tandboog zonder adequate conserverende behandeling vaak ernstiger gevolgen heeft dan een vroege extractie, daar men de gevolgen niet kan voorzien, en dus ook niet kan voorkomen;
2. een nauwkeuriger onderzoek van het proces van de tandwisseling onze inzichten voor wat de preventie betreft zou verruimen;
3. nauwkeurige controle van het melkgebit in de wisselingsperiode geboden blijft.

Literatuur:

DE BOER, J.G.: Sosiodontische en prothetodontische behandeling van het kindergebit, CURSUS Kindertandheelkunde, 1953, Disselkoen, Amsterdam.

DECHAUME, M.: Précis de Stomatologie, 1959, Masson.

Instructie voor de schooltandarts, vastgesteld door de Centrale Raad voor de Sociale Tandheelkunde, uitgave 1950.

IZARD, G.: Orthodontie, 3e druk, 1950, Masson.

KRONFELD en BOYLE: Histopathology of the teeth, 4e druk, 1955, Kimpton.

MUGNIER, A.: Embryologie et développement bucco-facial, 1964, Masson, Prêlat.

REICHENBACH en BRÜCKL: Kieferorthopädische Klinik und Therapie, 5e druk, 1962, J.A. Barth, Leipzig.

SICHER, H. (Editor): Orban's oral histology and embryology, 5e druk, 1962, The C.V. Mosby Company.

THOMA, K.H.: Oral pathology, 4e druk, 1954, Kimpton.

Mr. P.D. Kleijlaan 1, Nieuwerkerk a/d IJssel.