

## CASUISTIEK

### DE MESIODENS IN HET RAAM DER OVERTALLIGE TANDEN

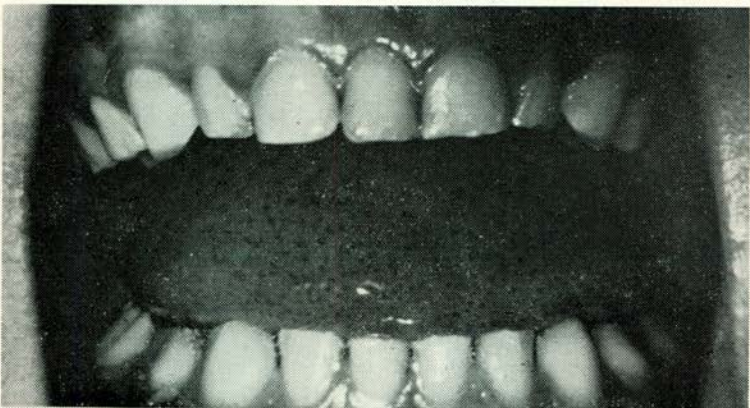
C. GYSEL

Met veel genoegen en waardering heb ik de in februari 1968 in dit Tijdschrift verschenen casuïstische bijdrage over de melkmesiodens van collega Van Dijk<sup>6</sup> gelezen.

Met genoegen: omdat het een nieuw bewijs is van het voorkomen, de zeldzaamheid en het dysmorfisch karakter van deze anomalie. Mijn melkmesiodens had de vorm van een onvolmaakte premolaar.<sup>2</sup> Ook Van Dijk's melkmesiodens is geen typische snijtand: te smal en te lang voor een centrale, te groot voor een laterale. (Een bijna identiek geval toonde ons collega Nodiot (Parijs), tijdens een voordracht gehouden voor de Belgische Vereniging voor Orthodontie op 16 maart 1968.)

Met waardering: omdat de schrijver mij bibliografische gegevens over Bolk verstrekt waarover ik destijds niet beschikte. Mij steunende op een onvolledig citaat<sup>7</sup> meende ik ten onrechte – en reeds De Jonge<sup>1</sup> had mij daarop gewezen – dat Bolk het bestaan van de melkmesiodens had ontkend.

De diagnose van collega Van Dijk is ongetwijfeld juist. Ik blijf hem volgen wanneer hij aan het atavistische karakter van de anomalie geen aandacht wil besteden: dergelijk atavisme kan men immers noch weerleggen noch bewijzen.<sup>3</sup> Mijn moeilijkheden beginnen echter wanneer hij de indruk geeft *alle* overtallige elementen op dezelfde lijn te willen plaatsen. Het onderscheid tussen de eumorfische en de dysmorfische schijnt mij niet alleen



Afb. 1. Melkmesiodens waargenomen door collega Nodiot (Parijs). Ook deze snijtand is atypisch: te smal voor een centrale en te groot voor een laterale snijtand.

klinisch-fenomenologisch onvermijdelijk maar ook etio-pathogenetisch verantwoord, althans als werkhypothese.

Bij de overtallige tanden zijn er immers vijf modaliteiten waarmee men rekening moet houden: de vorm, de plaats, het tijdstip van de ontwikkeling en van de doorbraak en de eventuele gevolgen voor de harmonie van de tandenboog. Verschillen hieromtrent zijn waarschijnlijk noch toevallig noch uitsluitend aan topografische omstandigheden gebonden, maar vinden veel-er hun reden in verscheiden pathogenetische mechanismen. Zij geven bij-gevolg aanleiding tot een classificatie van de overtallige tanden.

Afgezien van de onvermijdelijke grensgevallen heeft de overtallige laterale bovensnijtand de vorm, de plaats, een ontwikkeling en een doorbraak die ongeveer dezelfde is als bij de normale. Daarenboven heeft hij slechts geringe invloed op de stand van de overige fronttanden: gemakkelijk te verbeteren malposities in 1/3 van de gevallen.<sup>6</sup>

Bij de overtallige dysmorfische tand in het frontgebied (die, zoals collega Van Dijk terecht opmerkt, niet noodzakelijk aan de middellijn is gebonden) en die wij mesiodens noemen, is dit niet het geval: hij kan alle mogelijke vormen aannemen<sup>2</sup>, heeft een wisselvallige plaats, ontwikkeling en doorbraak, en stoort meestal de harmonie van het gebit: inclusies, misvormingen en rotaties van de centrale (blijvende) snijtanden.<sup>5</sup>

Deze verscheidenheid in de klinische fenomenologie rechtvaardigt een bijzondere terminologie. Een overtallige laterale of centrale snijtand, pre-molaar of molaar, een mesiodens of een paramolaar zijn ondubbelzinnige soortnamen. Een „overtallige tand” is slechts een verzamelnaam.

Discussies over termen hebben slechts zin in zoverre zij leiden tot algemeen aanvaardbare conventies. Daarom zijn verdere discussies over de term „mesiodens” nutteloos: het doel is immers reeds bereikt. Men kan echter van mening verschillen omtrent de inhoud en de omvang van deze term. Wat mij van collega Van Dijk scheidt is, geloof ik, het volgende: voor hem is ook de normaal gevormde overtallige centrale snijtand, zowel in het blijvende als in het melkgebit, een mesiodens, voor mij niet. Ik beweer geenszins dat beide geen identieke pathogenese zouden *kunnen* hebben. Wel ben ik overtuigd dat dit geen algemene regel is.<sup>4</sup> Dit meen ik te mogen concluderen uit de bovenvermelde klinische feiten. Maar overtuigingen zijn nog geen absolute bewijzen. Discussies over etiologische-pathogenetische problemen hebben slechts zin wanneer zij op grond van nieuwe feiten of nieuwe interpretaties van bekende verschijnselen kunnen leiden tot een oplossing of tot een klaarder inzicht. Tot op heden zijn deze problemen niet opgelost en behouden bijgevolg deze discussies hun waarde, zij het dan ook een relatieve waarde. Er zijn immers in de tandheelkunde belangrijker problemen dan die aangaande de overtallige tanden. Vergeleken met andere orkanen, die de tandheelkunde kunnen dooreenschudden, zijn ook deze kanttekeningen slechts „een storm in een glas water”. In dit perspectief ben ik het met collega Van Dijk volkomen eens.

*Literatuur:*

1. *Jonge, Th. E. de* (1965): Ned. T.v.T. 72: 36.
2. *Gysel, C.* (1963): Mésiodentes temporaires. Revue Fr. d'odonto-stomat. 10: 957.
3. *Gysel, C.* (1963): Mésiodentes familiales. Othodontia Belgica 5: 7.
4. *Gysel, C.* (1965): Omtrent het begrip „mesiodens”. Ned. T.v.T. 72: 351.
5. *Gysel, C.* (1967): L'Orthodontie Française 38: 449.
6. *Gysel, C.* (1968): La latérale supérieure surnuméraire. Voordracht congres G.I.R.S. Poitiers.
7. *Mathis* (1935): Über die Zahnueberzahl beim Menschen. Zeitschr. für Stomatol. 55: 722.
8. *Dijk, L. van* (1968): Een snijtandvormige „mesiodens” in het melkgebit. Ned. T.v.T. 75: 119.

Le Grellelei 14,  
Antwerpen.