

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
MONDHEELKUNDE EN CHIRURGISCHE PROTHETIEK

Voorjaarsvergadering d.d. 4 april 1970
Centraal Ziekenhuis te Alkmaar

Tijdens de wetenschappelijke vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek, op 4 april 1970 in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar, werden acht voordrachten gehouden, waarvan hieronder de autoreferaten zijn afgedrukt.

1. K. de Man (specialist Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek te Rotterdam): „*Besnier Boeck*”.

De patiënte, die ik u wil voorstellen, is een dertigjarige huisvrouw; zij kwam vier maanden geleden op het spreekuur met een verzoek van haar tandarts een speekselsteen te verwijderen uit de rechter ductus parotideus.

Uit de anamnese bleek dat patiënte veertien dagen tevoren een klein knobbeltje had bemerkt in de wang. Het was niet pijnlijk en zou in die twee weken niet in omvang zijn toegenomen. Op de vraag of de afwijking ook langer aanwezig kon zijn, antwoordde patiënte bevestigend.

Noch de anamnese, noch het daarop volgend onderzoek, deed in de eerste plaats aan een speekselsteen denken.

Zowel intra- als extra-oraal werd bij inspectie geen afwijking gevonden; het speeksel uit de glandula parotis had een normaal aspect.

Bij palpatie was op aanwijzingen van patiënte even onder de uitmonding van de ductus parotideus een rijstekorrelgroot, vast aanvoelend tumortje te voelen, dat niet pijnlijk was bij aanraken; het bedekkende slijmvlies was normaal beweeglijk ten opzichte van de zwelling.

Mijn eerste gedachten gingen uit naar een klein fibroom, of een kleine retentiekyste; voor een tumor in de accessorie parotis lag de afwijking iets te ver naar voren.

Reden om deze kleine tumor te excideren zag ik eigenlijk niet.

Uit de algemene anamnese bleek, dat patiënte goed gezond was en dat zij geen medicijnen gebruikte; wel was zij tot een halfjaar geleden onder behandeling geweest voor de ziekte van Boeck (aldus haar eigen woorden). Maar ook dat leverde, zoals trouwens te verwachten was, weinig aanknopingspunten op voor een diagnose, hoewel de ziekte van Boeck zich overal in het lichaam kan manifesteren, dus ook in de mondholte. Daarom besloot ik het „rijstekorreltje” toch te verwijderen en voor nader onderzoek op te sturen.

Het verslag van de patholoog-anatoom luidde: „Klein stukje speekselklier en uitvoergang waaromheen fibrosis; in deze fibrosis en in de speekselklier enkele tuberculoïde vormsels met reuzencellen, passend bij Besnier Boeck.”

Uit de ziektegeschiedenis, die ik kort na deze bevinding van de huisarts en de longarts kreeg toegestuurd, bleek, dat bij patiënte in 1967 bij het bevolkingsonderzoek een diffuse longafwijking was gevonden; het beeld was echter niet pathognomonisch voor morbus Boeck.

In hetzelfde jaar werd patiënte voor nader onderzoek opgenomen. Maar bronchoscopie (dat in 50-80 % van de gevallen

tot de diagnose leidt) en mediastinoscopie (zelfs in bijna 100 % van de gevallen) brachten niet het gewenste resultaat. Ook de oogarts en huidarts vonden geen afwijkingen. Slechts per exclusionum werd de diagnose morbus Besnier Boeck gesteld en de therapie hierop afgesteld. In 1969 werd de therapie gestaakt, gezien de gunstige bevindingen. In die twee jaar is men niet in staat geweest met zekerheid de diagnose „ziekte van Boeck” te stellen.

Onmiddellijk nadat de uitslag van het pathologisch onderzoek van het tumortje uit de wang bekend was, werd opnieuw de gekijkte therapie door de longarts hervat.

2. H. H. Verkerk (specialist Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek te Amsterdam): „*Pemphigus van het mondslijmvlies*”.

Pemphigus is een huidafwijking, die gekenmerkt wordt door het optreden van blaren op een overigens gezonde huid.

In tegenstelling tot die bij andere dermatosen, liggen deze bullae uitsluitend intra-epitheliaal.

De oorzaak van de ziekte is nog niet bekend. Vóór het gebruik van corticosteroiden had meer dan de helft der gevallen een letaal verloop. De ziekte komt solitair in de mond voor.

Prodromale verschijnselen ziet men eveneens in de mondholte; ze zijn dan van inflammatoire aard.

Met behulp van diapositieven wordt de ziektegeschiedenis van een 38-jarige vrouw behandeld. Patiënte had een ontsteking van gingiva, mucosa en tong, welke voornamelijk links was gelokaliseerd. Op de tong zaten kleine ulcera en erosies. Elders, met name op de huid, werden er geen afwijkingen gevonden.

De gebruikelijke maatregelen om een optimale mondhygiëne te bewerkstelligen gaven, vergeleken met een banale ontsteking, weinig verbetering. Verder onderzoek was noodzakelijk en in dit geval lag een biopsie het meest voor de hand.

Histologisch onderzoek van een stukje geëxcideerd wang-slijmvlies leverde de diagnose van pemphigus op.

Na toediening van een corticosteroid-preparaat verdween de afwijking; controle blijft evenwel noodzakelijk.

3. L. F. E. Michels (specialist Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek te Eindhoven): „*Sialochemisch onderzoek van de glandula parotis*”.

Het chemisch onderzoek van speeksel, bij afwijkingen aan de grote speekselklieren, heeft als routinemaatregel naast de sialografie nog nauwelijks algemene ingang gevonden. De betekenis ervan is echter voldoende aangetoond. Informatie kan worden verkregen over functieveranderingen bij een pathologie van de gehele speekselklier (acute en chronische ontstekingen, obstructie van de uitvoergang, sialosen). Bepaald worden onder meer eiwitten en elektrolyten uit de secretiefase: amylase en kalium, in vergelijking met de momentane serumwaarden. Daarnaast ook natrium en chloor, die meer karakteristiek zijn voor de filtratiefase. Met een productie tot 1,5 l/24 uur spelen de speekselklieren ook een aanzienlijke rol in de waterhuishouding van het lichaam. Met name veroorzaakt hypertensie

een sterke vermindering in de uitscheiding van natrium en chloor.

In het afgelopen jaar werden ca. 50 patiënten onderzocht. Parotisspeeksel werd opgevangen met een gewijzigde Lashley-canule, soms per catheter. De functie werd steeds gestimuleerd met 2 tabletten vit. C (50 mg); het volume per minuut genoteerd. Voor de eenvoud van de klinische techniek zijn vacuümpomp en manometer op een soort presenteerblad samengebouwd. Acute ontstekingen veroorzaakten als regel een daling van K (< 20 mmol/l) en een meer dan evenredige stijging van Na en Cl met een daling van het aantal cc/min. Gelijktijdige stijging van diastase in serum (en urine). Langdurige afsluiting en enkele sialosen uitten zich in een toename van K (> 30 mmol/l). Vaak reversibel. Bij de z.g. congenitale ectasieën werd, buiten de ontstekingsfase, geen afwijking gevonden. Polyinterpretabele (d.w.z. wel verklaarbaar, niet voorzeggbaar) afwijkingen werden voorts gevonden bij diabetes, hypothyreoïdie, graviditeit, L.E. en maagresectie.

Op grond van deze ervaringen verdient het sialochemisch parotisonderzoek een vaste plaats in de kliniek. Herhaling na verloop van tijd is echter daarbij gewenst.

4. R. F. van Hoof (assistent afd. Mond- en kaakchirurgie der Katholieke Universiteit te Nijmegen): „*Behandeling van patiënten met trismus in samenwerking met de fysiotherapeut.*”

Twee jaar geleden werd op de mondheelkundige afdeling van het St.-Radboudziekenhuis te Nijmegen begonnen aan de in Nederland nog weinig voorkomende samenwerking tussen de kaakchirurg en de fysiotherapeut. Vooral de behandelingsresultaten bij patiënten met trismus waren zeer bemoedigend.

Bij de therapeutische benadering dient de zeer zorgvuldig geleide oefeningenbehandeling de belangrijkste plaats in te nemen. Tegelijkertijd wordt een warmtebehandeling gegeven met behulp van het radarthermie-apparaat (elektro-magnetische trillingen met golflengte van 12½ cm) waardoor een lokale hyperemie in het weefsel wordt bereikt. Naast o.a. snellere resorptie van oedeem en hematoom leidt dit tot een analgetische werking.

Vaak vindt ook toepassing plaats van het z.g. ultra-schall-apparaat, waarmee een ultra-sonore geluidstrilling wordt opgewekt, welke door de mechanische vibratie het effect heeft van een micromassage. Vooral bij de behandeling van littekenadhesies vindt dit toepassing.

De fysiotherapeutische behandeling is geschikt voor nagenoeg alle abnormaal langdurige vormen van trismus. Er werden door ons circa 50 patiënten behandeld, waarbij de trismus veroorzaakt werd door o.a. infiltraat in de kauwspieren, weke delen – laesies met contractuur, ankylose-operaties, artropathie, verouderde capitulumfracturen, maxillaresectie etc.

5. I. van der Waal (assistent afd. Mondziekten en kaakchirurgie der Vrije Universiteit te Amsterdam): „*Een pleomorfe adenoom*”.

Enkele aspecten van het pleomorfe adenoom worden vermeld, zoals epidemiologie en klinisch gedrag. Ook het röntgenologische en histologische beeld worden toegelicht. Tenslotte wordt

een 76-jarige patiënte besproken, bij wie zich in de loop van ongeveer 15 jaren een benigne pleomorfe adenoom heeft ontwikkeld, vanuit de mucosa van de processus maxillaris.

6. K. Lekkas (assistent afd. Mond- en kaakchirurgie der Katholieke Universiteit te Nijmegen): „*Enige gevallen van unilaterale hyperplasie van het caput mandibulae*”.

In de literatuur zijn een 60-tal patiënten beschreven. Laatstelijk zijn aan de Universiteit te Nijmegen 4 dergelijke gevallen behandeld. Als mogelijke oorzaak wordt o.a. een trauma op jeugdige leeftijd vermeld. De afwijking is zichtbaar tijdens of vlak na het einde der groeiperiode en openbaart zich in een asymmetrie van het gelaat, hetgeen zich vooral uit in een sterke caudale verplaatsing van de onderrand van de mandibula. Dit proces kan tot stilstand komen.

Intra-oraal is de storing minder significant, en varieert van een open beet in de molaarstreek aan de hypertrofische zijde tot kruisbeet aan de gezonde zijde met verschuiving van de mediaanlijn naar de gezonde kant.

Hyperplasie van het kaakopje vormt de primaire afwijking. Macroscopisch gezien is een geëxtirpeerd kaakopje proportioneel regelmatig vergroot. Het microscopisch aspect lijkt eveneens fysiologisch, behoudens duidelijke aantoonbare tekenen van endochondrale groei in de diepere lagen. Dit werd aangetoond door pre-operatief de plaats van de actieve botgroei te merken door middel van een intra-musculaire tetracycline injectie. Onder de fluorescentie-microscopie kon tot op een diepte van 1½ cm actieve endochondrale beenvorming aangetoond worden.

Röntgenologisch is de asymmetrie duidelijk. Een planigram geeft een exacter beeld van de omvang en helpt bij de differentiële diagnose: hypertrofie of benigne tumor. Door middel van een cefalometrische röntgenopname zijn beide mandibulahelften exact te vergelijken.

Bij de operatieve benadering wordt door ons de voorkeur gegeven aan een submandibulaire incisie via welke, naast de condylectomie, tevens een correctie van de onderkaakrand kan worden uitgevoerd.

7. J. L. E. M. Starmans (specialist Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek te Rotterdam): „*Enkele gevallen van preprothetische chirurgie*”.

Na allereerst in het kort de problematiek rond een te geringe retentie voor boven- of onderprothese besproken te hebben, werd aan de hand van een serie kleurendia's van behandelde patiënten in het St.-Clara-ziekenhuis te Rotterdam een methode voor het verdiepen der omslagplooi gedemonstreerd. Bij deze methode wordt de losgeprepareerde omslagplooi op de gewenste diepte gehouden door een afschroefbare metalen luifel, bekleed met stents waarop een vrijhuid-transplantaat is bevestigd. Deze luifel wordt vastgeschroefd aan een van te voren aan boven- of onderkaak vastgemaakte kunstharisplaat. Doordat deze luifel afschroefbaar is, is het mogelijk om het transplantaat in de postoperatieve periode te inspecteren en te reinigen zonder de gehele kunstharisplaat los te maken van de kaak.

De beschreven methode is tevens zeer geschikt voor het maken van een „buccal inlay” bij gezichtsasymmetrie.

Tot slot werd nog een serie dia's gedemonstreerd van een patiënte waarbij meer retentie voor de onderprothese werd verkregen door niet de omslagplooi te verlagen, maar door op de zeer geatrofieerde onderkaak een nieuwe processus alveolaris te vormen met subperiostale implantaten van spongieus bot.

8. P. Bok (specialist Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek te Alkmaar): „Gecombineerde omslagplooi- en mondbodemverdieping”. T. H. Tjoa (Plastisch Chirurg): „Preparatie van de Thierse huidlap”.

De volledige gecombineerde omslagplooi- en mondbodemverdieping met Thierse huidlap, volgens de methode van Prof. Obwegeser, voor geatrofieerde onderkaken, werd besproken en de operatiemethode aan de hand van diapositieven verduidelijkt.

De plastisch chirurg van het ziekenhuis, collega Tjoa, besprak de techniek van de te prepareren huidlap. Hierbij werd vooral ingegaan op de dikte van de huidlap. De dikte van dit vrije transplantaat mag niet te dun zijn.

Benadrukt werd dat de prothetische behandeling door de chirurgische prothetist moet gebeuren, in dit team van specialisten.

Na afloop werden met een patiëntendemonstratie, operatieresultaten van 6 patiënten getoond.

INTERNATIONAAL

BALANS DER TANDHEELKUNDIGE ERGONOMIE*)

In mei werd in München het derde Gents Colloquium gehouden. De bedoeling was de voortgang van de tandheelkundige ergonomie aan een discussie te onderwerpen.

In 1964 werd het eerste Gents Colloquium gehouden in Gent, onder leiding van Prof. Comhaire. Dit Colloquium gaf een belangrijke stoot tot de ontwikkeling van de tandheelkundige ergonomie in Europa.

In de beginperiode werd de verbetering van de werkhouding, de behandelapparatuur en de praktijkopzet vooral nagestreefd met het oog op het verkrijgen van gunstiger werkomstandigheden voor de tandarts op zichzelf.

De individuele inzichten en ervaringen speelden – ondanks het ontbreken van theoretische kennis en vergelijkende onderzoeken – een zeer grote rol, zodat er een veelheid aan nieuwe oplossingen ontstond. Dikwijls was de aandacht slechts gericht op een enkel aspect van de totale opzet. Hierin begint inmiddels enige verandering te komen. Door de grotere ervaring, de wat meer systematisch gerichte aanpak der problemen

en de noodzaak tot beperking van het aantal uitgebrachte units en de vereenvoudiging van de uitvoering hiervan, waarvoor de fabrieken zich geplaatst zien, begint het beeld hier en daar duidelijker omtrekken te verkrijgen.

Een belangrijk winstpunt is dat de uitgangspunten meer algemeen komen te liggen: de ontwikkeling van de tandheelkundige ergonomie wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor de verbetering van de tandheelkundige gezondheidszorg. Voor het oplossen van de problemen die voortvloeien uit de vergroting van de vraag naar tandheelkundige behandeling, de hogere eisen die hieraan worden gesteld, het beschikbaar komen van nieuwe behandelingsmethoden, de uitbreiding van de bevolking, de stijgende kosten en het tekort aan mankracht, zal men ook de moderne inzichten omtrent de werkwijze der tandarts optimaal moeten benutten.

De integratie van de tandheelkundige ergonomie in het sociaal-tandheelkundig denken is duidelijk een nieuwe trend. Eigenlijk spreekt het voor zichzelf dat een optimale organisatie van de tandheelkundige volksgezondheid samen moet gaan met een goede organisatie van de individuele praktijk en dat de individuele doelgerichtheid moet zijn afgestemd op het beleid in het kader van de tandheelkundige gezondheidszorg.

De inschakeling van assistentes (hulpkrachten) is van groot gewicht. Zoals bekend kunnen zeer veel taken aan deze meisjes worden gedelegeerd. Daarom blijken steeds meer tandartsen er toe over te gaan met een ambulante en een stoelassistente te werken. Deze stoelassistentes zijn werkzaam ten behoeve van de materiaalverwerking en de washedfield-techniek, terwijl zij eveneens steeds meer worden ingeschakeld bij de instrumentvoering, op basis van het traysysteem. Men zoekt de laatste tijd eveneens naar wegen voor een educatieve inzet van de assistente (diaset + bandrecorder). Voor een hoge graad van ontwikkeling is een gerichte scholing noodzakelijk. De opleiding van de assistentes kan daarom het beste in samenwerking met de universiteiten tot stand komen.

Collega Arnold uit Den Haag hield een goede voordracht over de inschakeling van hulpkrachten (assistente, mondhygiëniste, mondhygiëniste met uitgebreide bevoegdheid en de curatieve hulpkracht). Hij gaf een analyse van de verschillende werkzaamheden en aan de hand van een aantal cijfers maakte hij duidelijk hoe groot het effect kan zijn van de inschakeling van hulpkrachten voor de tandheelkundige verzorging van de bevolking. De tandarts zal de tandheelkundige verzorging in de toekomst zoveel mogelijk in teamverband dienen uit te voeren. Een heet hangijzer vormt uiteraard de grens tot welke men kan gaan bij het verschuiven van werkzaamheden naar de hulpkrachten (reversibiliteit der ingrepen).

Voor een juiste uitvoering der werkzaamheden en een regelmatig onderhoud van de verschillende onderdelen van de apparatuur kunnen checklisten, die een opsomming bevatten van alle uit te voeren werkzaamheden, een belangrijk organisatorisch hulpmiddel zijn. Tegelijkertijd krijgt de tandarts door het uitwerken van deze checklisten meer inzicht in de organisatorische opzet van zijn eigen praktijk, waardoor hij spoediger geneigd zal zijn een meer systematische opzet uit te werken.

In driekwart der tandartspraktijken werkt één tandarts, in één praktijkkamer, met één assistente. Dit werd aangeduid als de praktijk van de historie. Veel aandacht werd besteed aan de voor- en nadelen van het gebruik van verscheidene praktijkkamers, het inschakelen van verschillende hulpkrachten, het

*) Opgemaakt naar aanleiding van het 3e Internationaal Gents Colloquium te München van 27–30 mei 1970. Thema: „Praktijkorganisatie”.