

wikkeling. En wat de margoïde differentiatie van het tuberculum dentis betreft: de groefjes in de laterale snijtanden op zijn afbeelding 2 zouden volgens Gysel kunnen worden geïnterpreteerd „als de minst uitgesproken vorm van deze anomalie”. Wil hij in alle ernst beweren dat deze groefjes (en het groefje van Carabelli) de tandkroon in haar geheel wijzigen?

CASUISTIEK

EEN ERFELIJKHEIDSADVIES

J. M. DE HAAS

Van antropogenetische zijde werd ik in contact gebracht met een familie waarvan één der leden een erfelijkheids-onderzoek had gevraagd in verband met verder nakomelingschap.

Mij werd gevraagd een onderzoek te doen en daaraan een conclusie te verbinden, indien mogelijk.

De vraag naar een erfelijkheidsonderzoek ging uit van de heer X jr., gehuwd met mej. Z. Het echtpaar X-Z had een dochtertje van 10 maanden, geboren met een dubbelzijdige hazelip en een verhemeltespleet. De huid ontbrak.

De heer X heeft een palatumspleet. Geopereerd op driejarige leeftijd. Hij heeft ook een hazelip, die dadelijk na de geboorte geopereerd is. Op 18-jarige leeftijd is een lipcorrectie gedaan. Zijn hazelip was enkelzijdig. Huid ontbreekt. I₂ s. d. ontbreekt. Is niet geëxtraheerd.

De heer X is geboren in 1938. Hij is econoom van beroep.

Hij heeft nog één broer en 3 zusters. Zijn broer, geboren in 1945, is debiel en wordt in een inrichting verpleegd.

Van zijn zusters, resp. geboren in 1936, 1939 en 1942, is de zuster uit 1939 eveneens debiel en wordt ook in een inrichting verpleegd.

Beide andere zusters zouden geen afwijkingen vertonen.

De dochter die in een inrichting verpleegd wordt, heeft een bovenlip die links wat opgetrokken is en links ongeveer 5 mm korter is dan rechts.

De ouders van de heer X zijn neef en nicht. Men zou geneigd zijn hieruit conclusies te gaan trekken.

Echter bij nader onderzoek bleek, dat de zaak niet zo op een blaadje werd opgediend.

Het bleek, dat de heer X sr., geboren in 1901, duidelijk links een wat opgetrokken bovenlip had. De linkerhelft was 7 mm korter dan de rechter. Op de röntgenfoto's was geen aanduiding van een botspleet te zien. Zijn huid was gespleten en bestond uit 2 lobben, die niet even groot waren. Hij bekleedt een zeer hoge functie bij de rechterlijke macht. Geestelijk zijn er geen afwijkingen. Hij is prothesedragers, maar wist te vertellen, dat hij op de plaats van

Literatuur:

1. Boer, J. G. de (1969): A tragedy of errors. N.T.v.T. 76: 117.
2. Boer, J. G. de (1969): Hyperplasieën van de cingulum-derivaten der fronttanden. N.T.v.T. 76: 365.
3. Gysel, C. (1970): Margoïde differentiatie en hyperplasie van de cingulumderivaten. N.T.v.T. 77: 423.

Adres: Prof. J. G. de Boer,
Vijverlaan 49,
Epe (Gld.).

de I₂ s. d. een kegeltand gehad had en dat de I₂ s. s. ontbrak. Op foto's bleek deze gebitsreductie duidelijk zichtbaar te zijn. In dit verband moge ik verwijzen naar mijn artikel in het T.v.T., jaargang LXIX, afl. 6, 1962.

Zijn echtgenote en nicht (de vaders waren broers) was geboren in 1910. Zij vertoonde geen afwijkingen. De asymmetrie van het gelaat was zeker niet meer dan men gewoonlijk aantreft. Palatum normaal. Huid: geen afwijkingen. Bij haar ouders waren nooit afwijkingen geconstateerd.

Echter, de heer X sr. had een broer die asociaal was. Zijn moeder had een linkszijdig opgetrokken lip. Een broer van deze moeder, had 3 kinderen, waarvan er twee debiel waren en één zelfmoord gepleegd heeft. De grootmoeder van moederszijde van de heer X sr. had verscheidene broers en zusters met geestelijke afwijkingen. Ook verder terug in deze lijn van de familie zouden er nog al wat afwijkingen voorgekomen zijn.

Mevr. X-Z heeft links een iets opgetrokken lip, echter veel minder dan haar schoonvader. Zij blijkt een heel klein littekentje daar ter plaatse te hebben, tengevolge van een val van de fiets. Het is heel waarschijnlijk dat deze minimaal opgetrokken bovenlip het gevolg is van het littekentje. Het gezicht is zeer symmetrisch. Huid en palatum normaal. Röntgenfoto's laten ook geen afwijkingen zien.

De moeder van mevr. X-Z toont geen afwijkingen. Lippen, huid en palatum normaal. Röntgenfoto's laten evenmin afwijkingen zien. Geboren in 1913.

Zij heeft een broer, die buitensporig dik is. Ook een zoon van hem is bijzonder dik. Hij heeft een stofwisselingsstoornis, iets dat bij de vader nooit is geconstateerd.

De vader van mevr. X-Z is overleden in 1965. Hij had centraal een overtallige kegeltand. Van hemzelf en zijn familie waren geen verdere afwijkingen bekend. Hij overleed aan een virusziekte.

Wij mogen aan de hand van de thans beschikbare gegevens veronderstellen, dat de afwijkingen in deze familie afkomstig zijn van de lijn van de familie van de moeder van de heer X sr. Dat betekent dus, dat de consanguïteit van het huwelijk niets met deze afwijkingen te maken heeft, daar de echtgenoten neef en nicht waren, doordat de vaders broers waren.

De onregelmatige dominantie die bij hazelip en gehemeltespleet vaak voorkomt is hier duidelijk. Immers de opgetrokken bovenlip komt bij verschillende leden van de familie in één lijn voor. Gebitsreducties en geestelijke min-

derwaardigheid behoren tot componenten van eenzelfde syndroom. Ook deze beide afwijkingen treft men in dezelfde lijn van de familie aan.

Wij moeten van de verschillende componenten van het syndroom even veel waarde hechten aan de hazelip-gehemeltespleet en aan de debiliteit. De kans, dat verder na-

komelingschap van het echtpaar X-Z één of beide afwijkingen heeft moet, gezien de dominantie, gesteld worden op 50 %. Daar een kans van 5 % reeds te veel is, was mijn conclusie, dat het echtpaar geadviseerd moest worden geen nakomelingschap meer te krijgen.

De antropogeneticus adviseerde inderdaad in deze zin.

Bachlaan 9,
Heemstede.

UITEN VOOR DE PRAKTIJK

*Uit de kliniek voor Orthodontie
van de rijksuniversiteit te Groningen.
Hoofd: Prof. K. G. Bijlstra.*

EENVOUDIGE ORTHODONTISCHE BEHANDEL- METHODEN VOOR HET SLUITEN VAN EEN CENTRAAL DIASTEEM

S. J. WOLDRINGH
J. A. VAN DER VEEN

Inleiding

Een centraal diasteem, waaronder wordt verstaan een diasteem tussen beide centrale bovenincisieven wordt vaak, zeker wanneer het breed is, als esthetisch hinderlijk onderhouden. Bij het centrale diasteem wordt meestal als *begeleidend* verschijnsel een fors ontwikkeld lipbandje (een hypertrofisch frenulum labii superioris) gevonden, dat tussen de incisieven doorloopt naar de papilla incisiva.

Bij de patiënten die zich wegens een centraal diasteem hebben aangemeld bij de kliniek voor Orthodontie te Groningen, blijkt dat het nogal eens voorkomt, dat het diasteem een onderdeel is van een meer uitgebreide orthodontische afwijking. Op grond van deze waarneming verdient het dan ook aanbeveling bij het eerste onderzoek van de patiënt het centrale diasteem niet los te zien van een mogelijke combinatie met andere orthodontische afwijkingen. Is er sprake van een dergelijke combinatie dan wordt in de kliniek voor Orthodontie met de behandeling pas begonnen op het moment dat als het meest gunstige wordt beschouwd voor het geheel van de orthodontische afwijking. Bij de behandeling wordt over het algemeen eerst het centrale diasteem gesloten, dit kan dan tijdens het verdere verloop van de behandeling actief dichtgehouden worden. Op deze wijze wordt een zo lang mogelijke retentieperiode verkregen. Het sluiten en het gesloten houden als onderdeel van de orthodontische behandeling levert meestal geen moeilijkheden op. Bij het actief sluiten van het centrale diasteem wordt een zijdelingse druk uitgeoefend op het hypertrofische lipbandje. Vaak atrofieert dit bandje onder invloed van deze aanhoudende druk. Soms zien wij na het beëindigen van de orthodontische behandeling het centrale diasteem echter weer terugkeren.

Het weefsel tussen de centrale incisieven is dan, ondanks

de orthodontische behandeling niet (voldoende) geatrofieerd en neemt zijn oorspronkelijke vorm weer aan, onder invloed waarvan het centrale diasteem weer optreedt. Een frenulumextirpatie is in deze gevallen nuttig gebleken. Door wegneming van het hypertrofische weefsel wordt een hernieuwd optreden van het centrale diasteem zodanig tegengegaan, dat de kans op recidief miniem is gebleken. Voordat de frenulumextirpatie wordt gedaan, wordt eerst het centrale diasteem orthodontisch weer gesloten en worden eventuele andere vormen van recidief in de stand van de gebitselementen behandeld.

Bij patiënten waar de orthodontische afwijking ogenschijnlijk alleen bestaat uit een centraal diasteem en een hypertrofisch lipbandje, moet goed nagegaan worden of er ook nog andere oorzaken zijn aan te wijzen voor het ontstaan van het centrale diasteem. Onder meer is het maken van een x-foto hierbij een goed hulpmiddel, dit om (een) boventalig(e) element(en) op te sporen. In een eerder verschenen publikatie (Van der Veen en Woldringh, 1970) is een reeks mogelijke oorzaken besproken; naar dit artikel moge hier verwezen worden.

Is er alleen sprake van een centraal diasteem met een hypertrofisch lipbandje en zijn er dus geen andere oorzaken aan te wijzen dan kan beter met het orthodontische sluiten van het diasteem gewacht worden tot na de doorbraak van de laterale incisieven en cuspidaten. Dit om tweeërlei redenen:

- In het wisselgebit is hyperthrofie van het lipbandje dikwijls als een normaal verschijnsel te beschouwen. Bij de doorbraak van de laterale incisieven en ook bij de doorbraak van de cuspidaten kan een zijdelingse druk op de centrale incisieven worden uitgeoefend, waardoor het diasteem kan worden verkleind of gesloten en het hypertrofische lipbandje atrofieert.
- Blijkt na volledige doorbraak van de cuspidaten het diasteem nog te bestaan, dan is het alsnog orthodontisch te sluiten. Een frenulumextirpatie hierna is meestal aan te bevelen om recidief te voorkomen.

Orthodontische behandelmethoden

De uitgebreide „vaste” apparatuur wordt geheel buiten beschouwing gelaten, omdat deze niet tot de eenvoudige orthodontische behandelmethoden gerekend kan worden en deze door de algemeen practicus zelden zal worden toegepast en nooit alleen voor het sluiten van een centraal diasteem zal worden gebruikt.