

*Uit de kliniek  
voor Mondheekunde van de  
rijksuniversiteit te Groningen.  
Hoofd: Prof. Dr. G. Boering.*

## ARTHRITIS TEMPOROMANDIBULARIS ACUTA

J. RITTERSMA, instructeur

### *Inleiding*

Een infectieuze artritis van het kaakgewricht is een zeldzame afwijking. De literatuur hierover is schaars en stamt vooral uit het pre-antibiotische tijdperk.

Een directe infectie kan optreden bij een gecompliceerde fractuur van de processus condylaris (Waszmund, 1935); vrijwel altijd echter is de infectie een gevolg van een uitbreiding van een ontstekingsproces in de omgeving, zoals een osteomyelitis van de ramus mandibulae, of een otitis media (Waszmund, 1935). In sommige zeldzame gevallen is geen directe oorzaak voor de ontsteking aan te wijzen en moet een hematogene infectie worden aangenomen (Thoma, 1958). Als specifieke ontstekingen zouden kunnen voorkomen de tuberculeuze, de actinomycotische en de gonorrhoeïsche artritis (Axhausen, 1943).

De reumatische artritis komt zelden primair aan het kaakgewricht voor, meestal is de diagnose reumatoïde artritis reeds gesteld op grond van afwijkingen aan gewrichten elders in het lichaam.

Veruit de meeste gevallen van artritis of daarop gelijkende beelden hebben een traumatische genese (contusie van het gewricht; blokkering van de discus articularis).

Tenslotte kan een ontsteking van de weke delen in de omgeving van het gewricht, zoals een retromaxillair abces, leiden tot een hydrops, waardoor het beeld van een acute artritis kan worden gesuggereerd (Boering, 1957).

Bij de patiënt wiens ziektegeschiedenis hieronder volgt, deed zich het merkwaardige feit voor dat niets in de anamnese wees op een trauma, een ontsteking in de omgeving, of een andere porte d'entrée.

### *Anamnese*

Een 27-jarige laborant kreeg drie dagen voor zijn bezoek aan de polikliniek voor Mondheekunde in de loop van de avond een langzaam toenemende pijn voor het linker oor; de mond ging scheef staan. Hij had tevoren nooit kaakgewrichtsklachten gehad, had geen neus-, keel- of oorklachten, er was geen trauma van het kaakgewricht geweest en evenmin was er een injectie in de mond gegeven, die een steekinfectie zou kunnen hebben veroorzaakt. Patiënt was altijd goed gezond geweest, had alleen op ongeveer 10-jarige leeftijd een otitis media doorgemaakt.

### *Extra-oraal onderzoek*

Links in de temporaalstreek viel een gering oedeem op, dat zich in zeer geringe mate uitstrekte tot in het onderste ooglid en onder de linker jukboog. De huid was ter plaatse

iets hyperemisch, het gebied voelde warmer aan dan aan de rechterzijde (afb. 1).

Vóór het linker oor bestond hevige drukpijn, er was evenwel geen fluctuatie op te merken. Het gelaat was asymmetrisch, doordat de mandibula in rust duidelijk ( $\pm 1$  cm) naar de gezonde zijde devieerde (Bonnetse stand).

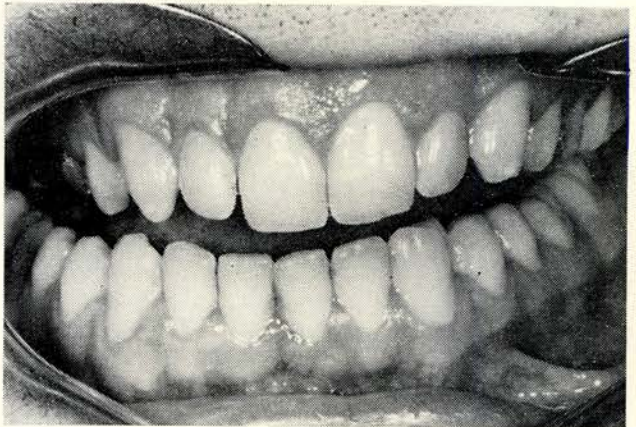
Er bestond een duidelijke trismus, de mondopening bedroeg interincisaal gemeten ongeveer 15 mm. De bewegingen van de mandibula waren naar alle zijden pijnlijk en beperkt.

### *Intra-oraal onderzoek*

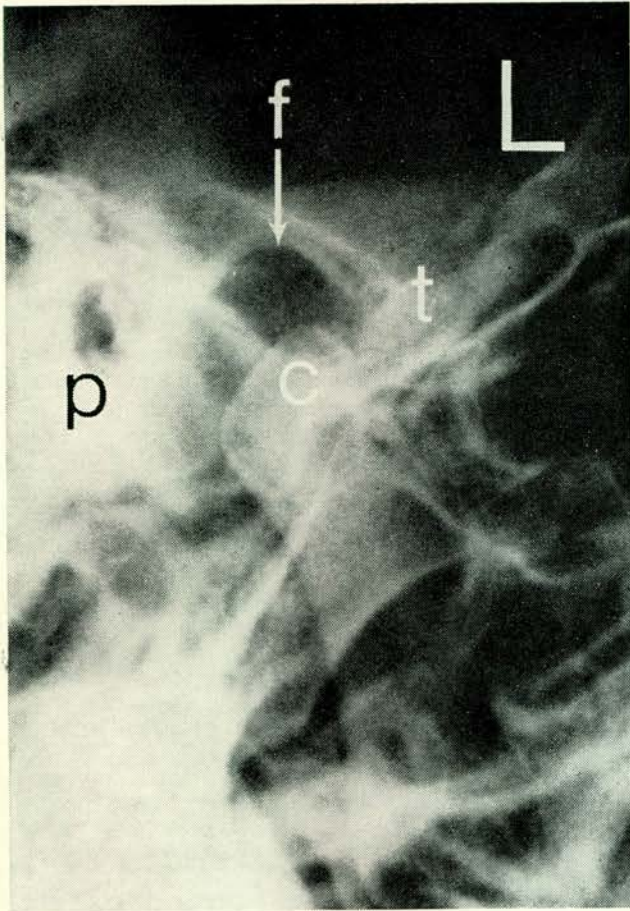
Het gebit was vrijwel gaaf, er waren geen suspecte elementen, een odontogene ontsteking leek dan ook zeer onwaarschijnlijk. Bij occlusie was er een verschuiving van het onderfront ten opzichte van de mediaanlijn van  $\pm 5$  mm naar rechts. De sagittale frontrelatie was end to end. Het was door de pijn niet mogelijk de mandibula manueel in een centrische relatie ten opzichte van de bovenkaak te brengen (afb. 2).



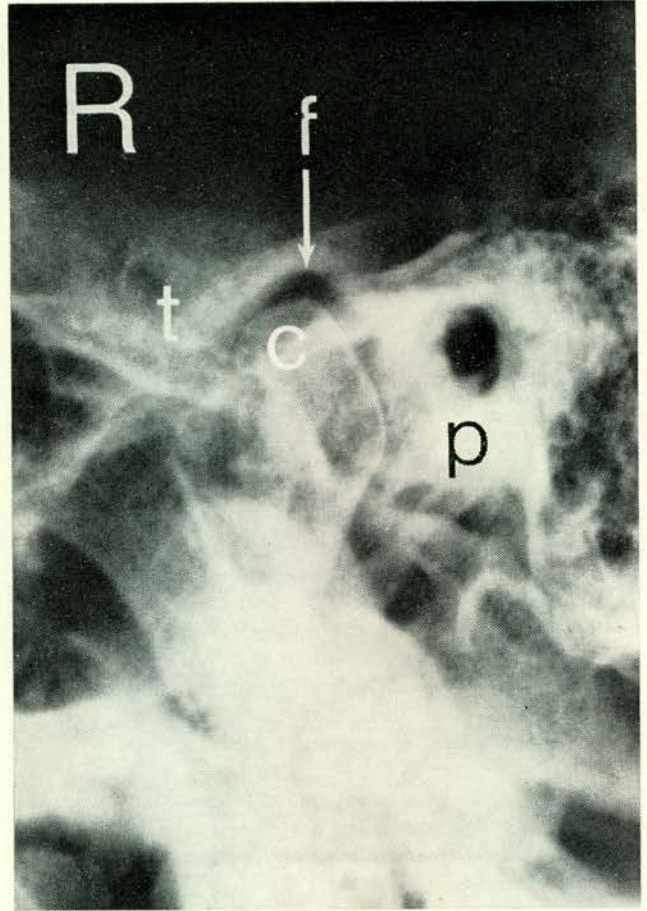
Afb. 1. Lichte zwelling van de linker temporaalstreek met oedeem van het onderste ooglid.



Afb. 2. Bonnetse stand met deviatie van de onderkaak naar de gezonde zijde.



Afb. 3. Schüller-opname, verwijde gewrichtsspleet links.  
p = porus acusticus externus, c = caput mandibulae,  
t = tuberculum articulare, f = fossa articularis.



Afb. 4. Schüller-opname rechts, gezonde zijde, normale verhoudingen.

#### Röntgenonderzoek

Op de Parma opnamen van de kaakgewrichten viel een verbreding van de linker gewrichtsspleet op. De linker ramus mandibulae was tevens veel korter dan de rechter, de vorm en de botstructuur van het linker kaakopje waren echter niet in overeenstemming met het beeld dat gezien wordt bij het terminale stadium van arthrosis deformans.

De sagittale positie van het linker caput wees niet op een luxatie, hoewel klinisch de symptomen bij een luxatie zouden kunnen passen.

De opnamen volgens Schüller lieten links een verwijde gewrichtsspleet zien met misschien een lichte sluiering. Ook op deze opname deden vorm en structuur van het caput niet denken aan een artrotisch proces (afb. 3 en 4).

Het orthopantomogram leverde geen aanwijzingen op voor een odontogene ontsteking.

#### Algemeen lichamelijk onderzoek

Doordat het klinisch en röntgenologisch onderzoek een verdere differentiatie, met name tussen een discus-blokade, of een andere mogelijke traumatische oorzaak en een

infectieuze oorzaak niet mogelijk maakte, werd getracht algemene symptomen van een infectie aan te tonen. De lichaamstemperatuur leek met  $37.8^{\circ}\text{C}$  iets verhoogd, de BSE was met resp. 40 en 70 mm in het eerste en tweede uur duidelijk verhoogd. Het aantal leukocyten leek met 10.000 per  $\text{mm}^3$  licht verhoogd, zeker wanneer men in



Afb. 5. Occlusie na behandeling.

aanmerking neemt dat dit aantal 5000 per mm<sup>3</sup> bedroeg na 2 dagen behandeling met antibiotica. De leukocytenverdeling was normaal.

#### Diagnose

Op grond van de lokale en algemene symptomen werd de diagnose *infectieuze artritis van het linker kaakgewricht* gesteld.

#### Therapie

Daar er gezien de korte tijd, waarin de klachten bestonden nog geen abcesvorming kon worden verwacht, en een beschadiging van het gewricht zoveel mogelijk vermeden dient te worden (Waszmond, 1935), werd van punctie afgezien. De behandeling werd begonnen met de toediening van 1.200.000 E Bicilline® i.m. per dag; uiteraard werd geadviseerd het gewricht zoveel mogelijk te ontzien. Na één dag was de toestand onveranderd; er werd besloten een oxyfenbutazon (Tanderil®)-kuur in te zetten, met het doel het ontstekingsexsudaat te doen verminderen. De tweede dag toen de klachten en symptomen van de ontsteking verdwenen waren, werd de medicatie gestaakt. Röntgenologisch waren er geen afwijkingen meer te zien. Wel bemerkte de patiënt nu dat het linker gewricht soms kraakte of knapte tijdens het kauwen.

Intussen was het onbevredigend dat de oorzaak voor de ontsteking niet was gevonden. Een onderzoek op de polikliniek voor Keel-, Neus- en Oorheelkunde bracht geen afwijkingen aan het licht. Ook bij onderzoek door een internist werden geen afwijkingen gevonden, met name waren de reacties op reumatoïde artritis, lues en gonorrhoe alle negatief.

#### Samenvatting:

Er wordt een patiënt beschreven met een acute artritis van het linker kaakgewricht. De lokale en algemene symptomen duiden op een infectieuze genese, er was echter geen primaire oorzaak aan te wijzen. Er waren geen redenen om een traumatische oorzaak te veronderstellen. Na toediening van penicilline en oxyfenbutazon trad een snelle genezing op.

#### Summary:

Title: Arthritis temporomandibularis acuta.

A patient, suffering from arthritis of the left temporomandibular joint is described. Local and general symptoms indicated an infectious origin of the inflammation. There was no history of trauma or temporomandibular joint dysfunction. The source of infection however, could not be found. Serological reactions to rheumatoid arthritis, lues and gonorrhoea were negative. Within five days after administration of 1.200.000 U.I. Bicilline® and oxyfenbutazon (Tanderil®) daily, the patient was free from all symptoms.

#### Literatuur:

1. Axhausen, G. (1943): Allgemeine Chirurgie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. J. F. Lehmanns, München, Berlin.
2. Boering, G. (1957): Een geval van artritis. Ned. T. Tandheelk. 64: 204.
3. Thoma, K. H. (1958): Oral Surgery. Henry Kimpton, London.
4. Waszmond, M. (1935): Lehrbuch der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer. Band I. Johann Ambrosius Barth, Leipzig.

Jupiterstraat 65,  
Groningen.

## BOEKBESPREKINGEN

N. A. Kuiperi: *Sociale en gemeenschapstandheelkunde*. 90 pag. Amsterdam, 1970. (Niet in de handel.)

In dit bijna honderd bladzijden tellende boekje heeft de schrijver zijn gedachten ontvouwd en statistische gegevens neergelegd ten einde, naar hij zegt, tandheelkundige studenten en de bij de sociale gebitsverzorging betrokken tandartsen een leidraad te verschaffen om dit onderdeel van de tandheelkunde verder te ontwikkelen.

Onder gemeenschapstandheelkunde verstaat de auteur de in de praktijk toegepaste uitvoering van de wetenschappelijk vastgestelde resultaten van de sociale tandheelkunde, welke op haar beurt als een onderdiscipline wordt beschouwd van de tandheelkunde als wetenschap; twee afzonderlijke begrippen die volgens de schrijver steeds worden verward.

De sociale tandheelkunde houdt zich bezig met de reacties van de gemeenschap op epidemiologische verschijnsel-

len, de gemeenschapstandheelkunde kan worden gezien als de praktische toepassing ervan.

In een zestiental hoofdstukken gaat de schrijver nader in op de onderscheidene aspecten van wat een goede voorziening aan problemen met zich brengt. Hij is hoofd van de hoofdstedelijke schooltandverzorging en chef van de jeugdandverzorging van de A.T.Z. en weet dus waarover hij het heeft. Hij gaat ervan uit dat langs de weg van het (repressief) behandelen van carieuze aantastingen het vraagstuk van de toenemende vatbaarheid voor tandbederf niet kan worden opgelost; zelfwerkzaamheid van de individuen is daarbij een onontkoombare voorwaarde. Het is dus zaak de houding tegenover het eigen gebit en het gedragspatroon te dien aanzien gunstig te beïnvloeden. Ten einde dit te kunnen doen zijn sociologische en andere studies onmisbaar, maar dat ligt niet op het terrein van de tandarts; daarvoor dienen vakmensen te worden aange-trokken.

De schrijver constateert dat de daadwerkelijke bereidheid van de gemeenschap om voor de preventie geld beschikbaar te stellen, zich nog steeds somber laat aanzien en ook de politieke partijen hebben in de volksvertegen-