

4. De snelheid van inspuiten is niet van invloed op het verloop van de hartfrequentie.

De auteur betuigt zijn dank aan Drs. P. H. A. Poll, hoofd van het Centraal Dierenlaboratorium van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht, benevens zijn medewerkers, voor de vele deskundige adviezen en de praktische hulp.

Tevens gaat zijn dank uit naar Drs. J. J. Keur die de statistische berekeningen uitvoerde.

Samenvatting:

In een aantal dierproeven werd de invloed van verschillende manieren van toedienen van anesthesievloeistof op de hartfrequentie onderzocht. Daarbij bleek, dat onder de omstandigheden van de proefopstelling, de snelheid van inspuiten niet van invloed is op het verloop van de hartfrequentie. Bij intraveneus inspuiten bleek een kortere latente periode op te treden dan bij het submucosus injiceren, terwijl ook de „recovery”-periode korter was. Voorts werd aangetoond dat het bij positieve aspiratie niet volstrekt zeker is dat men in een vat zal injiceren. De aspiratiecontrole is niettegenstaande bovengenoemde bevindingen geen overbodige maatregel.

Summary:

Title: The need for aspiration control when giving local anaesthesia in dentistry.

A number of animal experiments were carried out in order to establish the influence of different modes of administration of anaesthetic fluids on the heart rate. The findings showed that under these controlled conditions the rate of injection had no influence on the course of the heart rate. Upon intravenous injection the latent period proved to be shorter than that upon submucosal injection; the recovery period was likewise shorter. Moreover, it was demonstrated that, given positive aspiration, there is no absolute certainty that the injection is in fact intravenous. Notwithstanding the above mentioned findings, aspiration control is no superfluous measure.

Literatuur:

1. Bos, A. L., Coppes, L., Determan, E. J., Flögel, G. E., Meeuwig, J. E., Vriens, J. P., Willigen, J. van, Wilms Floet, H. C. (1970): Aspiratiecontrole bij lokale anesthesie in de tandheelkunde. Ned. T. Tandheelk. 77: 6, 214-221.
2. Meeuwig, J. E. (1969): Het aspireren bij de anesthesie in de tandheelkunde. Syllabus W. T. A.-cursus: „Anatomie en tandheelkunde”. Pag. 46-50.

Adres: Prof. G. E. Flögel,
Van Eeghenstraat 75,
Amsterdam-oud zuid.

EEN PATIËNTE MET DUBBELZIJDIG GERETINEERDE TWEDE EN DERDE ONDERMOLAREN

A. C. M. VAN DE POEL

Alhoewel Pinkhoff in zijn *Geneeskundig woordenboek* de begrippen geretineerd en geïmpacteerd als synoniemen aangeeft, wordt in het tandheelkundig spraakgebruik het woord geretineerd toch bij voorkeur gebruikt in gevallen waar een element ten gevolge van een „fysische barrière” niet of niet geheel is kunnen doorbreken en zijn plaats in de tandenrij niet heeft kunnen innemen.

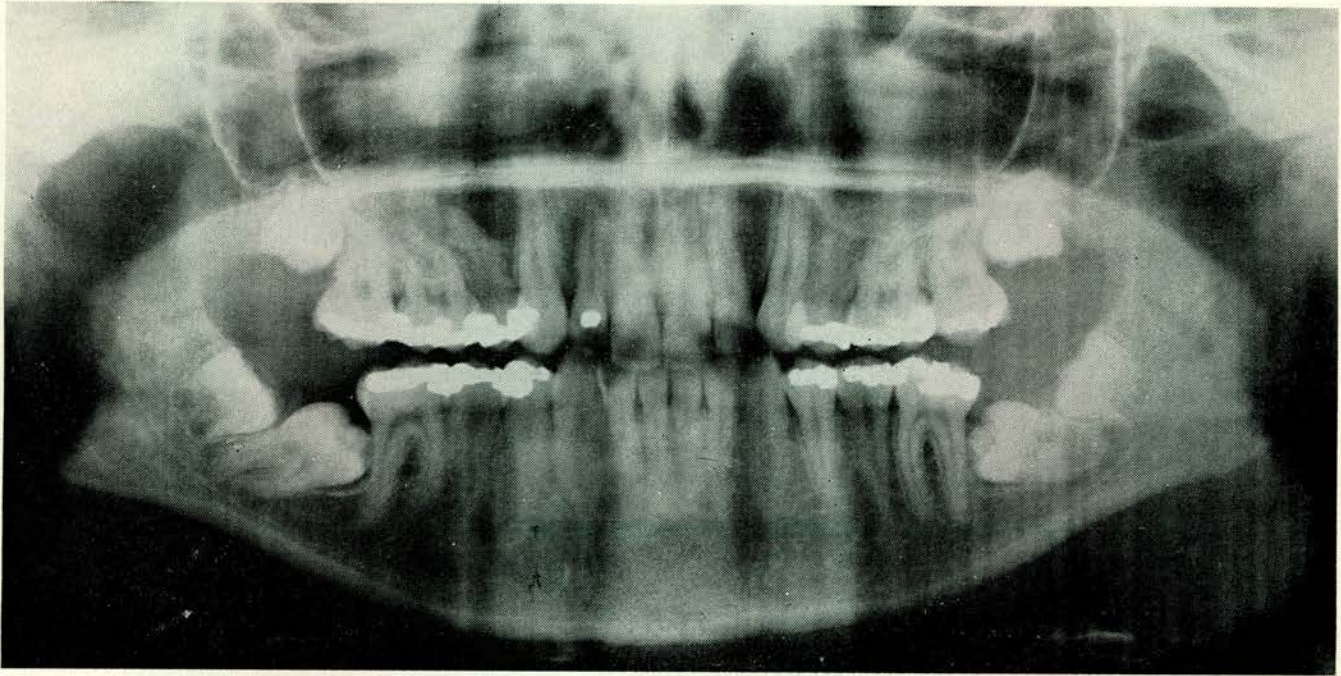
Geïmpacteerd wordt dan gebruikt in gevallen waar het betrokken element nog geheel door bot is omgeven en (nog) niet doorbroken door het ontbreken of nog ontbreken van voldoende eruptiekracht.

Door Kronfeld worden een viertal redenen opgegeven:

1. Een verplaatsing van de tandkiem (een abnormale positie hiervan).
2. Storingen in de doorbraak (ten gevolge van misvorming van het element; abnormale vorm en/of grootte van kroon en/of wortel; ruimtegebrek; storing in de aanleg van de kiem; overtallige elementen, tumoren en kystes).
3. Ankylose.
4. Systeemstoornissen (erfelijk, endocrien en bij dysostosis cleido cranialis).

Het voorkomen van geïmpacteerde/geretineerde elementen is reeds door vele auteurs onderzocht. Uit hun publikaties blijkt dat dit het meest optreedt bij de derde ondermolaar, de bovenhoektand en maar zelden

*Uit de afdeling
Tandheelkundige Röntgenologie
van de Katholieke Universiteit te
Nijmegen.
Hoofd: A. C. M. van de Poel.*



Orthopantomogram van een patiënte (18 jaar) met dubbelzijdig geretineerde tweede en derde ondermolaren. Bovendien ontbreken de 14 en de 24.

bij de eerste en tweede ondermolaar (Schulze, 1962). Bovendien bleek dat er in dit opzicht geen verschillen zijn tussen mannen en vrouwen.

Van het dubbelzijdig voorkomen van geretineerde tweede en derde ondermolaren wordt tot voor kort vrijwel geen melding gemaakt. Merkwaardigerwijs verschenen hierover echter in 1971 kort na elkaar een tweetal casuïstische mededelingen (Herzberg, 1971; Jacobs, 1971) waaraan de navolgende nu nog kan worden toegevoegd.

Een patiënte van 18 jaar meldde zich op de polikliniek om ingeschreven te worden voor conserverende behandeling. Zij was geheel klachtenvrij. Bij intra-oraal onderzoek werd een goed onderhouden natuurlijke dentitie aangetroffen. In de bovenkaak ontbraken de 14 en 24 (deze waren in verband met een orthodontische behandeling verwijderd). De 18 en 28 waren niet zichtbaar. In de onderkaak ontbraken de 48, 47 en de 37, 38. De processus alveolaris vertoonde zowel qua vorm en omvang als kleur van de mucosa een normaal gezond aspect en gaf niet de indruk dat er hier vroeger elementen geëxtraheerd waren, hetgeen door de patiënte werd bevestigd. Op het vervolgens gemaakte orthopantomogram (zie afb.) – van iedere ingeschreven patiënt wordt een volledige röntgenstatus gemaakt – is het navolgende te zien:

In de bovenkaak ontbreken de 14 en de 24. De 18 en de 28 zijn beide aangelegd en in doorbraak. In de onderkaak blijken zowel de 48, de 47 als de 37 en de 38 aanwezig te zijn. De wortels van de 47 en de 37 zijn reeds geheel afgevormd, de kronen zijn echter alleen nog door de mucosa bedekt.

De kronen van de 48 en de 38 daarentegen liggen nog geheel in het bot; de wortelvorming verkeert nog in het beginstadium. Echter gezien de ligging van de kroon ten opzichte van de 47, respectievelijk 37, en hun positie in de kaak, kan evenals bij beide tweede ondermolaren van geretineerd worden gesproken. De prognose voor deze elementen is niet gunstig.

Samenvatting:

Besproken wordt het verschil tussen geïmpacteerd en geretineerd. Op de etiologie hiervan wordt kort ingegaan.

Tot slot wordt een patiënte met tweezijdig geretineerde tweede en derde ondermolaren besproken.

Summary:

Title: A patient with bilateral impacted mandibular second and third molars.

The difference between embedded and impacted is discussed. The etiology of this is briefly gone into.

Subsequently a patient with bilateral impacted mandibular second and third molars is discussed.

Literatuur:

1. Herzberg, F. (1971): Bilateral impacted mandibular second and third molars. Journ. Calif. Dent. Ass. 1: 23-24.
 2. Jacobs, H. J. (1971): Zum Vorkommen retinierter und verlagter erster und zweiter Molaren. Quintessenz 6: 65-67.
 3. Kronfeld, R. (1950): Histopathology of the teeth. Lea and Febiger, Philadelphia.

4. Pinkhof, H. (1963): Vertalend en verklarend woordenboek van uitheemse geneeskundige termen. Haarlem, De Erven F. Bohn N.V.
 5. Schulze, Ch. (1962): Über Retention und Reinklusion (Depression) erster und zweiter Molaren. Dtsch. Zahn- Mund- und Kieferheilkunde 37: 338.

Philips van Leydenlaan 25, Nijmegen.

OVER DE CHIRURGISCHE BEHANDELING VAN DE MANDIBULAIRE PROGNATHIE (vervolg)

Uit de kliniek voor Mond- en Kaakchirurgie (Directeur: Prof. C. A. Merckx) van het St.-Radboudziekenhuis der Katholieke Universiteit te Nijmegen.

J. M. ONLAND
C. A. MERKX

Behandelingsplan

De volgende gegevens werden pre-operatief verzameld:

- a. En face en en profile foto's, extra- en intra-oraal.
- b. Röntgenprofielfoto's voor cefalometrisch onderzoek.
- c. Röntgenopnamen van de onderkaak volgens Eisler voor beoordeling van de lokalisatie van de canalis mandibularis. In daarvoor in aanmerking komende gevallen werden ook röntgenopnamen volgens Parma gemaakt van de kaakgewrichten bij gesloten stand en bij een mondopening van 25 mm.
- d. Twee registratie-gipsmodellen in articulator.
- e. Logopedisch verslag.
- f. Vitaliteit van de pulpae van de elementen in de onderkaak.

Na bestudering van de verkregen gegevens werd de operatietechniek vastgesteld en op één van de registratiemodellen een proefoperatie verricht. Eventuele belemmeringen in de occlusie, die op het gipsmodel ontstonden na terugschuiven van het gemobiliseerde fragment, werden weggeradeerd. Aan de hand van deze raderingen werden de gebitselementen bij de patiënt beslepen.

Indien besloten werd tot een trapvormige osteotomie in het corpus mandibulae, meestal ter plaatse van de M_1 inf., kon in mm nauwkeurig worden nagegaan hoe groot de verkorting van de onderkaak aan iedere zijde bedroeg.

Op het aldus „geopereerde” gipsmodel werden in het tandtechnisch laboratorium individuele metalen boogspalken vervaardigd aan de buccale zijde van de

elementen, met knopjes voor de intermaxillaire ligaturen. De buccale onderspalk bij de molaar op het dorsale fragment werd dikwijls voorzien van een anker dat ook de linguale zijde van het element omvatte. Op deze wijze werd op het dorsale fragment een stabiele verankering verkregen.

Alle operaties werden verricht onder intratracheale narcose met nasale intubatie.

De patiënten kregen gedurende 7 dagen postoperatief 1 ml*) E. penicilline en 1 gram streptomycine. Bij de patiënten waarbij osteosynthese materiaal werd gebruikt of „bone chips” tussen de fragmenten werden geplaatst, werd dezelfde dosering gedurende 10 dagen toegediend.

Patiënten-naonderzoek

De onderzochte groep bestond uit 54 patiënten. Door ons werd een indeling gemaakt in progenieën en combinaties van progenieën met open beet, laterognathie, en laterognathie + open beet. Deze indeling werd bij het verdere onderzoek gehandhaafd.

De drie volgende groepen van patiënten zijn niet in het onderzoek betrokken:

- a. 18 patiënten waarbij een osteotomie werd verricht in de ramus horizontalis, ter opheffing van een solitaire laterognathie c.q. verticale open beet.
- b. 15 patiënten met progenie die in 1970 werden geopereerd. Door de te korte controletijd werd deze

*) 1 milj. of 1.10^6 of 1.000.000.