

# EXTRA-ORALE VERWIJDERING VAN EEN ECTOPISCH GELEGEN GEBITSELEMENT

*Uit de afdeling Mondheelkunde  
van het Academisch Ziekenhuis  
der Vrije Universiteit te Amsterdam.  
Hoofd: Prof. Dr. W. A. M. van der Kwast.*

EEN CASUÏSTISCHE MEDEDELING

N. P. J. B. SIEVERINK

## *Inleiding*

In de literatuur wordt vaak melding gemaakt van ectopisch gelegen gebitselementen. Er zijn verscheidene oorzaken bekend waaruit de abnormale ligging kan worden verklaard:

1. Traumata, vaak op jeugdige leeftijd, waardoor de kiem van het element wordt verplaatst.<sup>1</sup>
2. Incomplete fusie van gedeelten van de kaken tijdens de embryonale ontwikkeling.<sup>2</sup>
3. Vorming van een gebitselement in een teraatom.<sup>3</sup>
4. Aanwezigheid van aberrant odontogeen epitheel.<sup>4</sup>
5. Druk van een kyste of tumor waardoor een gebitselement wordt verplaatst.<sup>5, 6, 7</sup>

Zelden wordt melding gemaakt van een zodanige malpositie van een gebitselement dat een verwijdering via extra-orale weg te verkiezen is.<sup>8, 9, 10, 11</sup>

## *Casuïstiek*

In april 1971 vervoegde zich op de afdeling Mondheelkunde van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam een man van 29 jaar met het verzoek van zijn tandarts een totale gebitsextractie uit te voeren. Op het orthopantomogram was, ongeveer 1,5 cm voor de linker kaakhoek, aan de onderrand van de mandibula een element te zien, waarschijnlijk de 38. De kroon leek enige resorptie te vertonen (afb. 1). Bij extra-oraal onderzoek was dit gebitselement aan de mediane zijde van de onderrand te palperen.

Uit de anamnese bleek dat de patiënt in juli 1949, hij was toen 8 jaar, na een verkeersongeval gehospitaliseerd was geweest wegens een schedelbasisfractuur en een fractuur van de mandibula.

Besloten werd om het zeer carieuze gebit onder narcose te verwijderen, de 38 via extra-orale weg.

## *Klinisch verloop*

De patiënt werd in het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit opgenomen; er waren geen contra-indicaties voor narcose.



Afb. 1. Gedeelte van het orthopantomogram met de ectopische 38.

Nadat het carieuze gebit was verwijderd, werd juist onder de onderrand van de mandibula een incisie gemaakt, beginnend bij de voorrand van de linker m. masseter en van hieruit 2,5 cm naar ventraal verlopend. Cutis, subcutis en platysma werden gekliefd waarna de 38 zichtbaar werd (afb. 2). Het element kon toen met boor en osteotoom worden verwijderd (afb. 3). Het werd opgestuurd voor pathologisch-anatomisch onderzoek. De weke delen werden in lagen gesloten, de wond werd niet gedraineerd en er werden geen antibiotica toegediend. Het postoperatief verloop was ongestoord; op de vierde dag na de operatie kon de patiënt uit het ziekenhuis worden ontslagen.



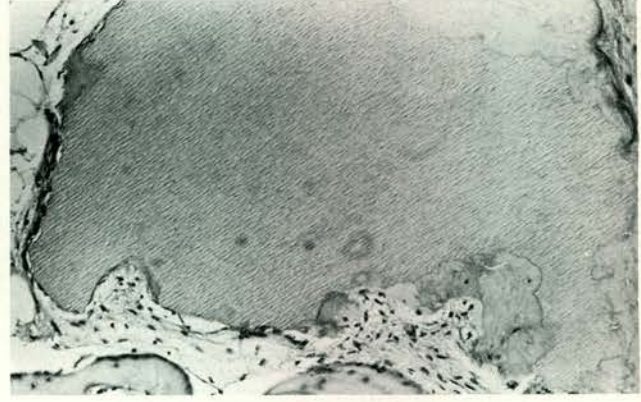
Afb. 2. De 38 is aan de onderrand van de mandibula zichtbaar.



Afb. 3. De verwijderde 38.

### *Microscopische anatomie*

De kroon van het element is ten dele door bot vervangen. Op enkele plaatsen is het omgevende bot rechtstreeks met het dentine van de radices vergroeid (afb. 4). Het pulpaweefsel is vitaal en vertoont talrijke ontkalkingen. De odontoblastenlaag is op de meeste plaatsen intact. Er wordt daar dan ook een fraaie afscheiding gezien tussen predentine en dentine. De cementlaag is opvallend smal.



Afb. 4. Gedeelte van de radix. Op verscheidene plaatsen is de resorptie fraai te zien. H.E.-kleuring; oorspronkelijke vergroting 130 x.

Het microscopisch onderzoek werd verricht door Drs. I. van der Waal (afdeling Pathologie van de Mondholte van het Pathologisch Instituut van de Vrije Universiteit; hoofd: Prof. Dr. R. Donner).

### *Discussie*

De relatie tussen enerzijds de kaakfractuur en anderzijds de ligging en gedeeltelijke resorptie van de 38 lijkt voor de hand te liggen. Op 8-jarige leeftijd zijn de harde weefsels van de kroon van de derde molaren nog volledig in ontwikkeling.

Beschadiging van de kroon in deze fase is mogelijk. Zowel röntgenologisch als histologisch onderzoek steunt deze veronderstelling. Ook de abnormale ligging van het gebitselement is mogelijk door het trauma ontstaan. De kaakhoek is een predilectieplaats voor fracturen.

Bij navraag bleken de exacte gegevens over de mandibulafractuur niet meer voorhanden. Er was wel zekerheid betreffende de zijde van de fractuur; namelijk links.

### *Samenvatting:*

Er wordt melding gemaakt van de verwijdering via een extra-orale benadering van een verstandskies in de linker onderkaak.

Het gebitselement lag, mogelijk als gevolg van een mandibulafractuur op 8-jarige leeftijd, mediaal van de onderrand van de mandibula. De kroon toonde resorptie.

### *Summary:*

Title: Extra-oral removal of an ectopic situated tooth.

The removal of a wisdom tooth, via an extra-oral approach, in the left lower jaw is mentioned.

The tooth was situated on the medial side of the lower jaw, probably as a result of a fracture of the mandible when the patient was 8 years of age.

The crown of the tooth showed resorption.

*Literatuur:*

1. Rowe, N. L., Killey, H. (1970): Fractures of the facial skeleton. Ed. 2. E. S. Livingstone, Edinburgh, p. 175.
2. Shafer, W. G., Hine, M. K., Levy, B. M. (1963): A textbook of oral pathology. Ed. 2. W. B. Saunders Co., Philadelphia, p. 18.
3. Thoma, K. H., Goldman, H. M. (1960): Oral pathology. Ed. 5. The C. V. Mosby Company, St. Louis, p. 927-928.
4. Sicher, H. (1952): Oral anatomy. Ed. 2. The C. V. Mosby Company, St. Louis, p. 270-271.
5. Thoma, K. H., Goldman, H. M. (1960): Oral pathology. Ed. 5. The C. V. Mosby Company, St. Louis, p. 56.
6. Archer, W. H. (1966): Oral surgery. Ed. 4. W. B. Saunders Co., Philadelphia, p. 425-427, 536-537.
7. Shafer, W. G., Hine, M. K., Levy, B. M. (1963): A textbook of oral pathology. Ed. 2. W. B. Saunders Co., Philadelphia, p. 202-205, 210-217, 227-228, 232-233.
8. Thoma, K. H. (1969): Oral surgery. Ed. 5. The C. V. Mosby Company, St. Louis, p. 378.
9. Archer, W. H. (1966): Oral surgery. Ed. 4. W. B. Saunders Co., Philadelphia, p. 213-214.
10. Lindsay, J. R., Karian, B. K.: Ectopic teeth, report of case. J. Oral Surg. 27, 2: 135-136.
11. Plumpton, S.: The extraction of mandibular teeth via an extraoral approach. Br. J. Oral Surg. 4, 2: 127-131.

De Boelelaan 1117,  
Amsterdam.

## HOE BETROUWBAAR IS DE ELEKTRISCHE PULPATEST?

M. J. G. M. KLOPROGGE  
J. G. VAN WAMEL\*)

*Uit de afdeling Algemene Neurofysiologie  
van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.  
Hoofd: Prof. Dr. G. P. M. Horsten.  
Uit de afdeling Tandheelkundige Röntgenologie  
van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.  
Hoofd: A. C. M. van de Poel.*

### *Inleiding*

Sinds vele jaren worden elektrische pulpatesters in de tandheelkunde gebruikt om een indruk te krijgen van de toestand waarin de tandzenuw zich bevindt. Hierbij gaat het om de vraag of de pulpazenuw vitaal of avitaal is.

Het prikkelen van een zenuw met behulp van een elektrische stroom heeft een aantal voordelen ten opzichte van het thermisch, mechanisch of chemisch prikkelen van een zenuw.

Voor excitatie met een elektrische stroom kan in principe zowel een gelijkstroom als een wisselstroom worden gebruikt. Omdat evenwel een zenuw reageert op een lokale verandering van de stroomsterkte in de tijd ( $\Delta I/\Delta t$ ) wordt de voorkeur gegeven aan een pulserende gelijkstroom (□□□□).

Om geïnformeerd te worden over de elektrische veiligheid van een drietal pulpatesters van resp. de merken Falk, Siemens en Ritter, werden deze getest op de afdeling Elektronica van de Katholieke Universiteit te Nijmegen (Kloprogge en Van Wamel, 1972).

Uit dit onderzoek kwam naar voren (tabel I) dat:

1. van de 3 onderzochte pulpatesters, de merken Siemens en Ritter, wat betreft constructie en montage elektrisch veilig zijn;
2. de Falk pulpatester daarentegen, wat betreft constructie en montage, niet aan de veiligheidseisen voldeed;
3. de keuze van het elektrische circuit moet worden beschouwd als een nadeel van de constructies van Ritter en Siemens;

\*) Medewerker afdeling Elektronica van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Door de keuze van dit circuit zijn tijdens het testen van een