

diasteem moet eerst weer gesloten worden en pas daarna wordt het frenulum weggenomen (Moyers, 1973).

Op de actieve therapie wordt hier slechts summier ingegaan. Gewoonlijk kunnen met behulp van een plaatapparaat met twee varkensstaartveertjes de centrale incisieve tussen labiale bogen en plaatrand naar elkaar toe verplaatst worden (Boersma, 1974, Woldringh, 1969). In een enkel geval is een parallelle verplaatsing noodzakelijk. Deze kan met behulp van bandjes en/of brackets op de incisieven worden doorgevoerd (Woldringh en Van der Veen, 1971).

Wellicht ten overvloede zij hier nog gewaarschuwd tegen het sluiten van een centraal diasteem door middel van een elastiekje dat om de beide centrale incisieven wordt aangebracht. Dit kan namelijk apicaalwaarts afglijden en onder de gingiva verdwijnen, en vervolgens aanleiding zijn tot een verlies van de genoemde gebitselementen.

Samenvatting:

Een centraal diasteem in de bovenkaak verdwijnt in de meeste gevallen spontaan. Met een behandeling moet daarom gewacht worden, tot na de volledige doorbraak van de hoektanden. Daarbij kan gewoonlijk eenvoudige plaatapparatuur worden toegepast. Blijkt een recidief op te treden waarvoor geen andere oorzaken gevonden kunnen worden, dan kan, nadat het diasteem wederom gesloten is, een frenulum exstirpatie worden uitgevoerd. Frenulum exstirpatie voordat de blijvende hoektanden volledig zijn doorbroken is vrijwel nooit geïndiceerd.

Summary:

Title: The midline diastema in the upper jaw.
A midline diastema in the mixed dentition period closes spontane-

ously in most of the cases. Treatment should be postponed therefore till after the complete eruption of the permanent canines. Usually a simple removable plate can be used to close the space. In cases of relapse, for which no other cause can be found excision of the upper labial frenum can be performed after again closing the diastema. Excision of the frenum before the permanent canines have attained occlusion is almost never indicated.

Literatuur:

1. Boersma, H. (1968): Disharmonie van mesio-distale afwijkingen der gebitselementen in de bovenkaak ten opzichte van die in de onderkaak. Ned Tijdschr Tandheelkd 75: 836.
2. Boersma, H. (1974): Eenvoudige orthodontische therapie. 2e druk, Stafleu en Tholen, Leiden.
3. Broadbent, B. H. (1937): The face of the normal child. Angle Orthod 7: 183.
4. Dijkman, J. F. P. (1969): Krachtenverdelingen bij orthodontische behandelingen. Dissertatie, Nijmegen.
5. Moyers, R. E. (1973): Handbook of Orthodontics. 3rd. ed. Yearbook medical publishers, Chicago.
6. Prahl-Andersen, B. (1973): Interdisciplinair onderzoek naar de ontwikkeling van kinderen in de leeftijd van vier tot veertien jaar. Tijdschr Soc Geneesk. 51, 2.
7. Reichenbach, E. en Brückl, H. (1954): Kieferorthopädische Klinik und Therapie. J. A. Barth, Leipzig.
8. Taatz, H. (1970): Unterstützende kieferorthopädische Massnahmen bei der Parodontaltherapie. Fortschr Kieferorthop 31: 275.
9. Vander Veen, J. A. (1971): Het frenulum labii superioris en het centrale diasteem. Dissertatie, Groningen.
10. Woldringh, S. J. (1969): Het abnormale frenulum labii superioris en het centrale diasteem. Ned Tijdschr Tandheelkd 76, 948.
11. Woldringh, S. J. en Van der Veen, J. A. (1971): Eenvoudige orthodontische behandelmethoden voor het sluiten van een centraal diasteem. Ned Tijdschr Tandheelkd 78: 96.

Mei 1975.

Adres: Dr. H. Boersma,
Philips van Leydenlaan 25,
Nijmegen.

DE CHIRURGISCHE BEHANDELING VAN MESIODENTES

J. I. J. F. VERMEEREN

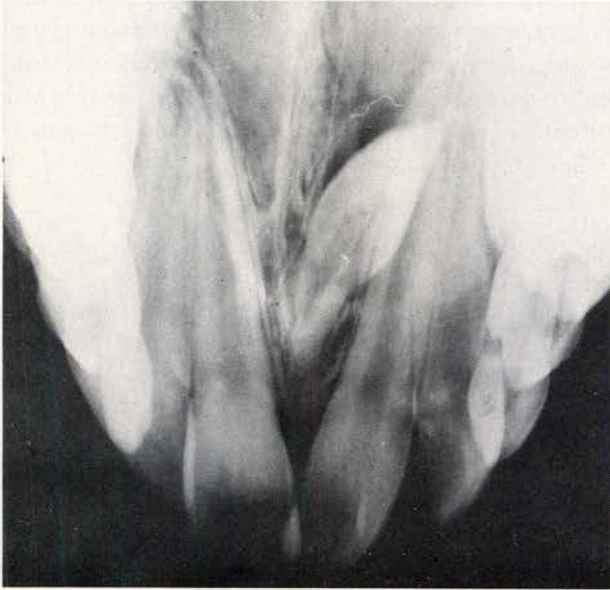
Overtollige gebitselementen komen zowel in de lactuale als in de permanente dentitie voor. In het melkgebit is dit echter aanzienlijk minder frequent het geval dan in het blijvende gebit. Onder bepaalde pathologische condities, zoals schisis en cleido-craniale dysostosis worden zeer frequent overtollige tanden en/of kiezen

gezien (Shafer e.a., 1964). Bij het syndroom van Gardner geldt hyperdontie als een belangrijk diagnostisch kenmerk (Fader e.a., 1962).

In de permanente dentitie komen overtollige gebitselementen het meest frequent voor in de regio anterior van de maxilla. Stafne (1932) onderzocht 48.550

Uit de afdeling Mondziekten en
Kaakchirurgie,
Ignatius-ziekenhuis, Breda.

personen en constateerde bij 0,9% een overtollig element. Hiervan werd 45,4% gevonden tussen of in directe omgeving van de centrale snijtanden in de maxilla en worden om deze reden ook wel mesiodentes genoemd. Het uiterlijk is meestal vlam- of kegelvormig (afb. 1), maar de kroon kan ook méér-knobbelig zijn (afb. 2) en als een paar voorkomen (Hellgren, 1960).



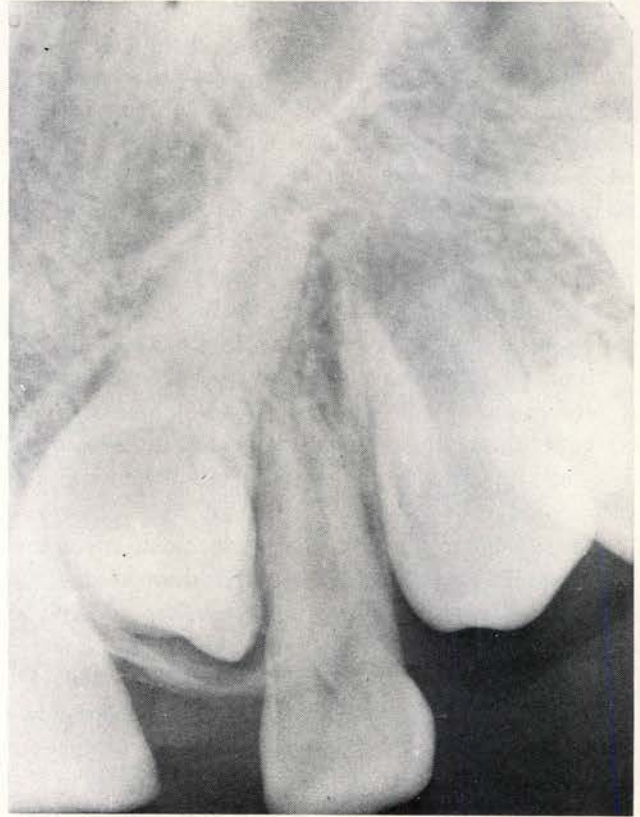
Afb. 1. Vlamvormige, interradiculair gelegen mesiodens.



Afb. 2. Twee mesiodentes met meerknobbelige kronen.

Vermoedelijk wordt een belangrijk deel van de mesiodentes gediagnostiseerd tijdens röntgenologisch onderzoek in het geval van een vertraagde doorbraak van frontelementen (afb. 3). Soms is het een toevalsbevinding indien er om andere redenen, meestal op latere leeftijd, een foto wordt genomen.

Mesiodentes vertonen vaak retentie en dienen in principe altijd te worden verwijderd. Niet-doorgebro-



Afb. 3. Mesiodens die de doorbraak van de 21 vertraagt.



Afb. 4. Mesiodens met omringende cyste. De pulpae der frontelementen reageren vitaal.

ken gebitselementen kunnen immers tal van klachten veroorzaken. Het is mogelijk dat zich uit de tandzak een folliculaire cyste ontwikkelt (afb. 4), die op zijn beurt ameloblasteus kan onttaarden. Voorts worden zij door sommigen als een focus beschouwd en zouden aanleiding kunnen geven tot hoofdpijnen.

Het tijdstip waarop een mesiodens dient te worden verwijderd hangt af van de omstandigheden. Indien de eruptie van één of verschillende incisieven is gestoord dient het overtollige element zonder uitstel te worden verwijderd. Als er zich geen dwingende indicatie voordoet, is verwijdering in een al te vroeg stadium minder gewenst. Hiervoor zijn drie argumenten aan te voeren:

1. Het is niet ondenkbaar dat verwijdering van een mesiodens, hetzij door manipulaties gedurende de operatie, hetzij door postoperatief oedeem, aanleiding geeft tot vascularisatiestoornissen rond de foramina apicalia van de frontelementen. Het gevolg kan pulpadood zijn en, indien de radices nog niet zijn afgevormd, resteren onvolwaardige elementen.
2. Mesiodentes zijn over het algemeen palatinaal gelegen. Verwijdering geschiedt door afschuiven van het palatinale muco-periosteum en het creëren van een fenestratie in de corticalis. Op 6-7-jarige leeftijd zijn de incisieven niet afgevormd. De processus alveolaris is daarom in cranio-caudale richting nog gering ontwikkeld. Dit impliceert dat het foramen incisivum relatief laag is gelegen. Het is in dergelijke gevallen lang niet altijd mogelijk een interradiculair gelegen mesiodens te verwijderen zonder aldaar de zenuw of het bloedvat te couperen. Dit leidt kortere of langere tijd tot een par- of anesthesische regio van het palatinale slijmvlies. Door de incisieven te laten volgroeien neemt de hoogte van de processus alveolaris in cranio-caudale richting toe en komt het foramen incisivum relatief meer craniaal te liggen.
3. Een derde reden om op niet al te vroege leeftijd tot verwijdering over te gaan is een psychologische. Kinderen van 11-12 jaar zijn vaak goed te motive-

ren om zich onder lokale anesthesie te laten behandelen. Op 6-7-jarige leeftijd is dit nauwelijks mogelijk. Een volledige narcose, met als consequentie hospitalisatie, is dan aangewezen.

Er kan enige jaren verschil liggen tussen het tijdstip waarop een mesiodens wordt gediagnostiseerd en het moment waarop deze wordt verwijderd. Bovenvermelde drie argumenten pleiten voor enig geduld en 'verstandig afwachten' met als consequentie mesiodentes niet eerder te verwijderen dan tussen de 10 en 14 jaar. Er kunnen soms dwingende redenen zijn, zoals een eruptiestoornis of een duidelijke vorm van pathologie, om in een vroeger stadium handelend op te treden.

Samenvatting:

Indien er geen dwingende indicatie is, wordt ervoor gepleit mesiodentes niet eerder te verwijderen dan tussen de 10 en 14 jaar. Drie argumenten hiervoor worden genoemd.

Summary:

Title: Surgical treatment of mesiodentes.

If there is no compulsory indication it is advocated to remove mesiodentes not earlier than between 10 and 14 years. Three arguments are mentioned.

Literatuur:

1. Fader, M., Kline, S., Spatz, S., Zubrow, H. (1962): Gardner's syndrome. *Oral Surg* 15: 153.
2. Hellgren, A. (1960): In: Introduction to orthodontics. Ed. A. Lundström. Mc Grawhill, New York.
3. Shafer, W., Hine, M., Levy, B. (1964): A textbook of oral pathology. Saunders, Philadelphia.
4. Stafne, E. (1932): Supernumerary teeth. *Dent Cosmos* 74: 653.

Februari 1975.

Adres: Dr. J. I. J. F. Vermeeren,
Afd. Mondziekten en Kaakchirurgie,
Ignatius-ziekenhuis, Breda.