

## BERICHTEN

## Verenigingsverslagen en mededelingen

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE

Verslag najaarsvergadering d.d. 7-9 oktober  
1977 te Maastricht

De najaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten en Kaakchirurgie werd van 7 tot 9 oktober 1977 te Maastricht gehouden. De organisatie was in handen van de collegae J. C. L. Douze en L. H. Pasmans. Het wetenschappelijk programma stond onder voorzitterschap van Dr. J. Hovinga.

Van de gehouden voordrachten volgt hieronder een korte samenvatting. Voordracht nr. 14 werd nader toegelicht aan de hand van een film.

Tevens werd een film getoond met als onderwerp: 'Osteotomie volgens Hofer' (P. Egyedi, Utrecht).

1. Dr. J. Rittersma (Zwolle): *De osteotomie van de gehele processus alveolaris inferior.*

De osteotomie van de totale processus alveolaris inferior zal voornamelijk worden overwogen bij twee afwijkingen:

1. de ernstige verticale open beet, waarbij er alleen contact is tussen de meest dorsale elementen;
2. een disto positie van de processus alveolaris inferior, waarbij de positie van de onderkaaksbasis (en de kin) normaal is.

De toepassing van deze osteotomie bij de verticale open beet heeft het grote voordeel boven andere methoden, dat de kans op recidief uiterst klein is, daar de musculaire evenwichten niet worden verstoord. De zaagsnede wordt aangebracht tussen de canalis mandibularis en de wortelpunten van de elementen. De afstand tussen deze beide structuren is door de aard van de anomalie meestal groot genoeg om schade daaraan te voorkomen. Hoewel in een recent in de literatuur beschreven experimenteel onderzoek bij honden, geconcludeerd werd dat bij deze osteotomie altijd irreversibele beschadiging van de pulpae van de elementen optrad, bleek dat in de praktijk de nadelige gevolgen meevielen. Bij deze patiënten vond de ingreep langer dan een jaar geleden plaats en waren klinisch en röntgenologisch geen afwijkingen aan de elementen aantoonbaar, terwijl de sensibiliteit van de nervus alveolaris inferior behouden bleef. De bij de operatie bereikte occlusie bleef geheel behouden. Vooral ten behoeve van verschuivingen in sagittale richting is het noodzakelijk de zaagsnede aan te brengen caudaal van de canalis mandibularis, waarbij met de proc. alv. inf. het gedeelte van de ramus mandibulae, waarin zich de nervus alveolaris inferior bevindt, wordt gemobiliseerd. De ingreep werd bij drie patiënten via een intra-orale toegangsweg uitgevoerd. De hierbij ondervonden moeilijkheden leidden tot

een grotere traumatisering van de nervus dan werd verwacht, zodat overwogen moet worden voortaan een gecombineerde intra- en extra-orale benaderingswijze toe te passen.

2. Dr. J. Hovinga, E.R. Kraal en Dr. L. A. M. Roorda (Haarlem): *Een naonderzoek van osteotomie-patiënten.*

Aan een oproep voor een naonderzoek werd door 76 patiënten, 53 vrouwen en 23 mannen, gevolg gegeven. In de onderkaak werd 52 maal, in de bovenkaak 30 maal een ingreep uitgevoerd. Bij 6 van de patiënten werd zowel in onder- als bovenkaak geopereerd. De leeftijd op het moment van operatie varieerde van 15 tot 44 jaar. De follow up-periode varieerde van 3 maanden tot 7 jaar.

De mandibulaire operaties kunnen worden verdeeld in sagittaal split 26 maal dubbelzijdig, sagittaal split enkelzijdig plus heterolateraal corpus of capitulum 6 maal, Robinson 1 maal, verlenging ramus ascendens dubbelzijdig met behulp van vrij bottransplantaat 1 maal, corpus mandibulae (Dingman) dubbelzijdig 6 maal, corpus mandibulae enkelzijdig 2 maal, Kôle en/of Hofer 8 maal en kin 2 maal.

De maxillaire operaties betreffen 2 Le Fort I-operaties en 25 Wassmund-procedures, waarvan 11 met splijting in de mediaanlijn, 1 Wunderer-operatie met splijting in de mediaanlijn en 2 maal een segment met 3 tanden.

De redenen voor operatie waren esthetische aspecten (43), kauwproblemen (11), spraakmoeilijkheden (11), maagklachten (5) en kaakgewrichtsklachten (19).

Zeventien patiënten waren vroeger orthodontisch behandeld. Postoperatieve problemen die zich voordeden waren ontsteking (4), hevige en langdurige pijn (2), vertraagde genezing mucosa (3), vertraagde botgenezing corpus mandibulae (2), flebitis (1), transfusie-reactie (1), allergie amfipen (1).

Bij 12 patiënten werd vanaf 6 maanden postoperatief nog orthodontische behandeling ingesteld.

Alle patiënten waren tevreden met het bereikte resultaat. Tweemaal was hyperplasie van een capitulum mandibulae verantwoordelijk voor enig recidief; verder deden zich slechts partiële recidieven van 1,2 of 3 mm voor in geval van 10 mandibulaire operaties. De verdeling naar type operatie kwam overeen met de verschillende toegepaste methodes van het totale aantal, zodat geen duidelijk voor- of nadeel voor een bepaald type operatie blijkt. Ook werden geen aanwijzingen gevonden dat een te grote tong een rol speelt

Bepaald gunstig waren de resultaten met betrekking tot het kaakgewricht. Dertien van de 26 (50%) patiënten die een Wassmund- of Wunderer-operatie ondergingen hadden preoperatief kaakgewrichtsklachten. Postopera-

tief slechts 1 (3,8%) en deze in mindere mate dan voordien. Van de patiënten die een sagittaal split-operatie in de onderkaak ondergingen hadden 2 (6%) postoperatief nog kaakgewrichtsklachten (voordien 7), hetgeen een beter resultaat is dan doorgaans in de literatuur wordt gevonden. Verklaringen kunnen zijn dat wij:

- a. geen osteosynthese toepassen;
- b. durante operationem, zodanig door inslijpen, een stabiele occlusie maken.

Van de overige onderkaakoperaties had één patiënt waarbij een Kôle-operatie was uitgevoerd, nog enige kaakgewrichtsklachten.

Prothetische nabehandeling was in het algemeen niet nodig, bij 7 patiënten was deze van eenvoudige aard. Slechts één patiënt had uitgebreid kroon- en brugwerk nodig.

Een stabiele occlusie is van essentieel belang in het voorkómen van recidief; mede daarom is een nauwgezette follow up ook na langere tijd, maar dan met een interval van 2 jaar, geïndiceerd. Vooralsnog lijkt deze controle het beste door de operateur - die ook over vroegere modellen en kennis van de patiënt beschikt - te kunnen gebeuren.

3. M. F. Noorman van der Dussen (Utrecht): *Complicaties bij osteotomieën bij schisispatiënten.*

Besproken werden de complicaties van een 30-tal schisispatiënten, die een lage osteotomie van de maxilla ondergingen ter correctie van een onderontwikkeling van het maxillo-faciale skelet. De Le Fort I-osteotomie bij schisispatiënten levert vaak de volgende complicerende factoren op:

1. Een verminderde doorbloeding van de maxilla ten gevolge van anatomische anomalieën, ontstaan door de primaire ontwikkelingsstoornis en door trauma van de vaten ten gevolge van multipole operaties in deze regio.
2. Bij schisispatiënten hebben we meestal niet alleen met een retropositie van de maxilla te maken, maar ook met een compressie van de tandboog, een hoogstand van de canini en vaak een laagstand van de tussenkaak, waardoor de maxilla niet in toto doch in fragmenten verplaatst moet worden met alle gevolgen voor de toch al marginale vascularisatie. Ook de fixatie levert met het toenemen van het aantal fragmenten meer problemen op.
3. De verlittekening van het weefsel in de spleet ten gevolge van de primaire plasticiteit maakt de mobilisatie vaak tot een moeilijke zaak. De belangrijkste waren: I. Het recidief, dat recht evenredig was met de mobiliteit van de fragmenten na de intermaxillaire fixatie-periode en de afstand waarover de kaakdelen werden verplaatst. II. Gingiva-necrose t.g.v. doorbloedingsstoornissen, waardoor verlies van a. elementen, b. kaakdelen c. autogeen bottransplantaat gebruikt ter fixatie en over-

brugging van de ontstane diastase (bij 2 patiënten van de 30).

Bij 28 van de 30 patiënten kon uiteindelijk de gewenste prothetische rehabilitatie met vast kroon- en brugwerk, c.q. frames worden gemaakt. Bij 2 bleek een overkappingsprothese de enige oplossing. Spraak en neusdoorgankelijkheid werden geëvalueerd evenals de veranderingen van de fysionomie en face en en profiel. Een veranderde operatietechniek om de doorbloeding van de marginale gingiva zo optimaal mogelijk te houden werd geïntroduceerd.

#### 4. Dr. P. Egyedi (Utrecht): *Esthetische problemen bij progenie-operaties.*

Esthetische aspecten zijn bij de indicatiestelling van progenie-operaties belangrijk. Terwille van de esthetiek moeten vaak concessies op het gebied van occlusie en cefalometrie worden gedaan. Een cefalometrisch goed resultaat (normale waarden) kan esthetisch een mislukking zijn. Daarom is de cefalometrie bij de planning van progenie-operaties van geringe waarde. Men ziet in de regel slechts bevestigd, wat men door goed naar het gezicht te kijken toch al wist. Het zijn voornamelijk de weke delen, die voor onaangename verrassingen kunnen zorgen.

Voorts is het de nog aanwezige groei, die problemen kan geven. Orthodontische nabehandeling bij nog groeiende kinderen na een progenie-operatie kan soms een stabiele occlusie handhaven, maar de vergroting van het mandibulaire kaakbot gaat door. Men krijgt dan soms een onharmonisch gezicht. De kin is te groot en dat is niet gemakkelijk te corrigeren. Daarom is uitstel tot na het einde van de groei bij osteomieën in het algemeen aan te bevelen. Moet men om psychologische redenen toch al vroeg opereren, dan kan men eventueel een recidief accepteren en later na voltooiing van de groei opnieuw een osteotomie doen.

Bij de klasse III-occlusie kunnen in principe 4 soorten operaties worden gedaan:

- in de ramus ascendens;
- in de ramus horizontalis;
- operatie van de processus alveolaris van het onderfront;
- naar voren verplaatsen van de maxillaire tandenrij.

Ten aanzien van de esthetiek geldt:

I. Dikke patiënten: de mandibula is weinig geprofileerd; een operatie in de maxilla resp. naar achteren verplaatsen van het onderfront verdient aanbeveling.

II. Patiënten met een grote neus: indien ze niet ook een neuscorrectie wensen, zelfde indicaties als onder I. Cave 'Grossnasenprofiel'.

III. (Grote) kromme neus: indien de patiënt correctie wenst (vaak schisispatiënten) dan de maxilla naar voren brengen.

IV. Pseudo-progenie: operatie van de maxilla of osteotomie onderfront.

Lang niet alles is met het bovenstaande gezegd. Asymmetrieën van de mandibula, occlusale

problemen, prothetische problemen en een zeer ernstige graad van klasse III-afwijking kunnen een andere benadering afdwingen.

Combinaties van operaties kunnen noodzakelijk zijn, vooral waar ook een open beet bestaat. In het algemeen zijn echter bij goede planning zeer bevredigende resultaten mogelijk.

#### 5. B. Prah-Andersen en C. Lekkas (Nijmegen): *Het vrije bottransplantaat bij schisispatiënten ten behoeve van orthodontische behandeling.*

In het kader van de behandeling van patiënten met een geopereerde cheilo-gnatho-palatoschisis, is in de laatste jaren vooruitgang geboekt met de gecombineerde en gecoördineerde chirurgisch/orthodontische behandeling. Een aspect ervan is de secundaire bottransplantatie in de kaakspleet en aan het buccale gedeelte van de processus alveolaris van de bovenkaak, waarna de orthodontist elementen in het transplantaat kan verplaatsen.

Het doel van deze behandeling is tweeledig: (1) Het tot stand brengen van de verbinding tussen de 2 of 3 afzonderlijke kaakfragmenten waardoor een collaberende na verwijdering van de orthodontische apparatuur wordt voorkomen. (2) Meer 'body' aan het alveolaire gedeelte van de bovenkaak te geven en zodoende de orthodontist in de gelegenheid te stellen elementen meer centraal dan gewoonlijk te kunnen verplaatsen en zodoende een milde maxillaire retrognathie te corrigeren.

In principe komen voor deze behandeling in aanmerking patiënten met een dubbele of enkele gnatho-palatoschisis mits voldoende elementen aanwezig zijn om na de bottransplantatie orthodontisch een acceptabele tandboog te bewerkstelligen. Tijdstip van de uitvoering van de bottransplantatie hangt af van de gebitsontwikkeling.

Wij voeren de transplantatie uit in een stadium waarin de hoektand vrijwel volledig in de mondholte is doorgebroken. Als donorplaats voor het transplantaat hebben wij altijd de rib gekozen als zijnde het minst pijnlijk en beter modelleerbaar.

De volgorde van behandeling is: Eerst orthodontisch, dan transplantatie en daarna aanvullende orthodontische behandeling. De orthodontische behandeling vindt plaats met vaste apparatuur zowel voor als na de operatie. Het tweede gedeelte van de orthodontische behan-

deling kan beginnen 2½ maand na de transplantatie.

De resultaten bij 15 patiënten die op deze wijze door ons zijn behandeld, zijn zeer bevredigend. De afzonderlijke kaakfragmenten zijn een geheel geworden en de tandboog, nadat elementen orthodontisch in het transplantaat zijn verplaatst, is nagenoeg normaal geworden.

#### 6. H. N. Hadders, I. Molenaar en A. K. Panders (Groningen): *Hyaliene en calcificerende angiopathie bij ziekteprocessen in de kaken*

Besproken werd een afwijking, welke in 1962 werd gezien in een excisie uit het periost van de mandibula van een 46-jarige man met lichte periostitis.

Microscopie: ronde formaties ter grootte van ongeveer een glomerulus, waarvan sommige geheel of gedeeltelijk verkalkt; andere bestonden uit een brede hyaliene ring met aan de binnenzijde cellen met donkere kernen. Tegen de buitenkant lagen vaak meerkernige reuscellen van het vreemdlichaamstype, welke centraal sporadisch voorkwamen. In 1972 vertelde Prof. I. R. H. Kramer (Londen) deze afwijking bij een aantal patiënten met chronische periostitis gezien te hebben. De aard was hem onduidelijk. Een tweede patiënt zagen wij in 1973. Geen enkele collega patholoog-anatoom kende de afwijking. Prof. Van Rijssel toonde ons kort daarna preparaten met dezelfde afwijking maar gelokaliseerd in een klein knobbelje op de wand van de galblaas van een 75-jarige vrouw, geopereerd wegens chronische cholecystitis. Onze aanvankelijke veronderstelling van een

Tabel I. Hyaliene en calcificerende angiopathie.

32	periostitis (26 mandibula, 6 maxilla)
10	radiculaire cyste
6	osteomyelitis
5	apicaal granuloom
3	keratocyste
2	residuale cyste
2	gingivitis
2	folliculaire cyste
1	residuaal granuloom
1	sinus (v.e. apicaal granuloom)
1	ameloblastoma recidivans
1	cementoom met infectie
1	chronische cholecystitis

Tabel II. Hyaliene en calcificerende angiopathie.

Leeftijd:	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Aantal:	1*	9	18	9	9	14	5	2**
Lokalisatie:	extra-mandibulair: 26 +		intra-mandibulair: 20 =		46			
	extra-maxillair: 6 +		intra-maxillair: 14 =		20			
	galblaas: 1 =				1			
					7			

\*1 4 jaar oud.

\*\*1 in galblaas.

mannen: 42.  
vrouwen: 25.

dentogene afwijking verviel. Sinds 1973 zagen wij, behalve in enkele archiefgevallen, de afwijking in recente operatiepreparaten van de afdeling Mondheelkunde. (Zie voor lokalisatie enz. de tabellen I en II.)

In de preparaten van de andere afdelingen werd, ondanks gericht zoeken, de afwijking niet gevonden.

Sinds 1975 veronderstellen wij, dat de afwijking vasculair van aard kan zijn. Lewars beschreef de afwijking bij 6 patiënten met periostitis mandibulae; hij nam aan dat er sprake was van een vreemdlichaamsreactie door in het periost doorgedrongen voedselpartikeltjes. Hase beschreef één patiënt met een torulopsis glabrata-infectie van de mondholte. Rannie veronderstelde in 1975 op grond van 16 patiënten een vasculaire afwijking maar in 1976 een vreemdlichaamsreactie op plantaardige voedselbestanddelen. In mei 1977 bespraken Barker en Dunlap de afwijking onder de titel: Hyaline Angiopathy. Zij dachten aan een vasculaire afwijking alléén in de kaken voorkomend. Dit laatste klopt dus niet. Voorts lijkt ons de benaming: hyaliene en calcificerende angiopathie beter. (Daarover zal elders uitvoeriger gepubliceerd worden.)

#### 7. H. Müller (Utrecht): *Condylaire hyperplasie in combinatie met acromegatie.*

De gebruikelijke klinische indeling van de condylaire hyperplasie werd weergegeven en van kritische kanttekeningen voorzien. Geslachts- en leeftijdsverdeling werden genoemd. De etiologische factoren, met name de factoren van algemene aard zoals de neurotrope stoornissen, de combinatie condylaire hyperplasie met exostosen elders in het lichaam en de hormonale stoornissen werden besproken. De uit de literatuur bekende gevallen werden getoetst aan de huidige diagnostische mogelijkheden. Een patiënt werd getoond, met een condylaire hyperplasie en tevens een bewezen acromegalie. Dit betrof het enige geval, in de literatuur bekend, waarbij een hormonale stoornis met zekerheid is aangetoond. Recente experimentele onderzoeken werden aangehaald en tot slot werd aan de hand van een voorbeeld de therapie besproken.

#### 8. R. A. C. A. Voorsmit en P. J. W. Stoeltinga (Nijmegen): *Over behandeling van keratokysten: een naonderzoek.*

Uit twee klinieken – te weten het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen en het Gemeenteziekenhuis te Arnhem – werd een totaal van 93 keratokysten geselecteerd om de basis te vormen voor een naonderzoek omtrent de behandeling van deze kaakkyste, welke vooral bekend is vanwege zijn betrekkelijk hoog recidief-percentage.

Er was een grote variatie in leeftijd van de patiënten met een piek-frequentie tussen 20 en 50 jaar. De laesie kwam meer voor bij mannen dan bij vrouwen en qua lokalisatie met een duidelijke voorkeur voor de mandibula met

name de regio van de derde molaren en de ramus ascendens.

Klachten van de patiënt bestonden veelal uit zwellingen van de weke delen, al dan niet gepaard gaande met een fistelend proces en/of pijn. In het algemeen was opvallend, dat keratokysten weinig botexpansie geven, maar eerder het kaakbot als het ware uithollen. Meestal bleek tijdens de operatieve ingreep, dat de kystewand gemakkelijk kon scheuren en moeilijk te verwijderen, wanneer er sprake was van een perforatie van de corticalis, waardoor de kyste verkleefd was met de weke delen.

Het nemen van een aspiratie-biopsie van het kystevocht voor bepaling van het eiwitgehalte en cytologisch onderzoek op hoornschilders kan een zeer goed hulpmiddel zijn voor de diagnostiek. Het histologisch beeld toont over het algemeen een dunne kystewand en een bekleding met verhoornend plaveiselepitheel.

Ten aanzien van de recidivering van keratokysten zijn een drietal factoren van belang:

1. Wanneer een gedeelte van de epitheliale wand van de moederkyste wordt achtergelaten, bestaat er een sterke potentie tot recidiefvorming.
2. In vele keratokysten worden in de wand epitheliale eilandjes aangetroffen, soms microkysten en zelfs dochterkysten, waaruit nieuwe keratokysten kunnen ontstaan.
3. In de bedekkende mucosa bevinden zich dikwijls accumulaties van epitheliale eilandjes en microkysten, waaruit zich eveneens opnieuw keratokysten kunnen ontwikkelen.

Keratokysten behandeld vóór 1971 (volledige extirpatie) gaven een recidief percentage van 15,4%.

Sedert 1971 werd, rekening houdend met de genoemde theorieën over recidivering, in alle gevallen, waarbij de diagnose vrijwel vaststond, na extirpatie van de kyste het defect nageëst met Carnoy's solution en indien mogelijk de bedekkende mucosa geëxideerd. Het recidief-percentage van aldus behandelde keratokysten was 0%. Kysten in de betande kaak of zich uitbreidend in de sinus maxillaris werden conservatief behandeld.

Gezien de gunstige resultaten lijkt het gewettigd door te gaan op de ingeslagen weg.

#### 9. L. F. E. Michels (Eindhoven): *Wat levert de sialochemie op?*

Functie-onderzoek van de glandula parotis maakt gebruik van sialometrische en sialochemische parameters. Deze zijn van elkaar afhankelijk en geven naast veranderingen in de klierfunctie ook de invloed van andere regulerende organen weer. Seriewaarneming en links/rechts-vergelijking zijn steeds nodig. Tot de indicaties voor het onderzoek worden gerekend:

– zwelling, ontsteking of pijn in het parotisgebied;

- gevoel van droge of branderige mond;
- veranderingen in het aspect van de mucosa;
- parodontopathieën en verder met name reguleringsstoornissen in innervatie, hormonaal (waterbalans), stofwisseling (endocrien, efficiënties, leverfunctie) en tenslotte de autoïm-muunziekten en de invloed van medicamenten.

Bij het onderzoek worden gemeten de latente tijd tussen prikkel en effect, het minuutvolume, de druk (als stijghoogte) en de osmolaliteit. Daarnaast molwwaarden van kalium, natrium, chloor en calcium, ureum en de eiwitten amy-lase en het IgA.

Meting laat zien, dat de speeksel-druk een opbouwend verloop heeft waarmee ductusweerstand kunnen worden overwonnen tot een bepaalde grens en met gelijktijdige toename van de latente tijd. De waarde van de sialochemie ligt vooral in vergelijking van speeksel- en serumconcentratie en de vergelijking van actuele en steady state-waarden van de klier zelf.

Bepaling van ureum geeft informatie omtrent de waterterugresorptie in de ductus en daarmee van de osmotische activiteit. Systematisch functie-onderzoek van de parotis vereist steeds een samenhangende beoordeling van alle gegevens. Kenmerkende veranderingen bij het functie-onderzoek blijken dan lang niet altijd samen te vallen met de klassieke speekselklierpathologie.

#### 10. R. Koole (Utrecht): *De behandeling van osteomyelitis van de mandibula.*

De volgende indeling van osteomyelitis van de mandibula wordt aangehouden:

1. acute osteomyelitis;
2. chronische osteomyelitis: a. primair chronische osteomyelitis;
- b. secundair chronische osteomyelitis. (De secundair chronische osteomyelitis ontstaat uit een acute, niet genezen osteomyelitis.)

#### *Patiëntenmateriaal:*

Tien patiënten waarvan één geval van primair chronische osteomyelitis bij een kind. Eén patiënt was elders voorbehandeld met antibiotica, maar op zeer insufficiënte wijze. Bij binnenkomst was hij allergisch voor de meeste antibiotica. De andere patiënten waren eveneens ten dele reeds met antibiotica voordien behandeld maar waren niet allergisch. De therapie waarover in deze voordracht bericht werd, bestaat uit enerzijds verwijdering van sequësters of decorticatie, anderzijds uit het toedienen van penicilline intraveneus in een hoeveelheid van 30 miljoen eenheden per etmaal. De argumentatie voor het toedienen van penicilline in deze dosering is de slechte vascularisatie van bot waarin reeds röntgenologische afwijkingen aanwezig zijn. Hoe hoger de bloedspiegel, des te hoger is ook de weefselspiegel én de kans dat het medicament in bactericide concentraties inderdaad in de buurt van de bacteriën terecht komt (ondanks deze therapie is toch in één geval een recidief ontstaan). Een extra argument is nog, dat vele

beginnende osteomyelitiden als zodanig niet herkend worden en onder de diagnose kaakabces met insufficiënte doses antibiotica worden behandeld. Men mag dus aannemen dat een deel van de bacteriën al min of meer resistent is en om de resistentie te doorbreken is het verstandig zo hoog mogelijk te doseren. De feitelijke dosis werd bepaald op grond van de praktische realiseerbaarheid. Individuele verschillen zullen er zonder twijfel zijn, maar de resultaten bij deze vorm van osteomyelitis lijken voorlopig bevredigend. Momenteel experimenteren wij met 12 gram orbenin intraveneus, maar het principe blijft hetzelfde.

11. B. R. van den Houten (Groningen): *Het Cheney-syndroom*.

Er wordt een overzicht gegeven van tandheelkundige, orthopedische en genetische aspecten van het nog weinig bekende Cheney-syndroom. Andere benamingen zijn: acroosteolysis (syndr.), arthrodento-osteodysplasie of Hajdu-Cheney-syndroom. De multipale afwijkingen die tot dit syndroom worden gerekend zijn:

- dolichocefale schedelvorm,
- progressieve basilaire invaginatie,
- occipitale prominentie,
- agenesie van de sinus frontalis,
- persisteren van brede craniale suturen,
- grote 'open' voorste fontanel,
- multipale boteilanden van Worm,
- hypoplastische mandibula en maxilla,
- vroegtijdig verlies van de dentitie,
- snelle en sterke resorptie van de processus alveolares,
- compressiefracturen in de ruggewervels,
- kyfose en scoliose,
- korte gestalte,
- acro-osteolysis,
- 'spontane' fracturen in handen en voeten,
- dik grof haar,
- korte, dikke, stompe vingers en tenen met vervormde nagels en
- hyperflexibele slappe gewrichten.

De karakteristieke anamnese: pijnklachten in voeten en rug; esthetische klachten over handen (duimen) en de vorm van het gezicht en klachten over het los gaan staan van de gebitsegmenten gevolgd door klachten over een slecht functionerende gebitsprothese, werd besproken evenals de differentiële diagnose en erfelijkheidsfactoren. Door middel van een uitgebreide documentatie gemaakt van de eerste 25 levensjaren van een patiënt wordt de aard van de afwijkingen aan schedel, dentitie, kaakgewricht, handen, voeten en wervelkolom en hun ontwikkeling geïllustreerd. Helaas is een causale therapie nog niet mogelijk. De palliatieve behandeling komt in het algemeen neer op vermijden van trauma. Voor de tandarts houdt dit in: proberen de dentitie zo lang mogelijk te behouden omdat de edentate kaak zeer snel resorbeert en preprothetisch chirurgisch ingrijpen niet aantrekkelijk lijkt; als toch extracties moeten plaatsvinden dienen deze zo atraumatisch als mogelijk te worden uitgevoerd. Bij een eventueel genetisch advies

moet er voorlopig van worden uitgegaan dat het een autosomaal dominant erfelijke afwijking betreft. Tenslotte wordt een ieder, die een dergelijke patiënt op het spoor komt, opgewekt de spreker hiervan op de hoogte te brengen, opdat het onderzoek kan worden voortgezet en uitgebreid. Het ligt in de bedoeling de zeer grote hoeveelheid gegevens, die nu eenmaal in een voordracht bij lange na niet ter sprake komen, te verwerken tot een uitvoeriger publikatie.

12. I. Bruaset (Nijmegen): *Dislocatie van de kaakkop naar de middelste schedelgroeve*.

Dislocatie van de kaakkop naar de middelste schedelgroeve als gevolg van een trauma werd voor het eerst in 1910 gerapporteerd door Dr. J. Scheff in zijn 'Handbuch der Zahnheilkunde'. Tot nu toe zijn 15 andere gevallen gepubliceerd, alle na 1960. Van deze 15 gevallen waren 13 het gevolg van een verkeersongeval en 2 van een bedrijfsongeval. De betreffende kaakkoppen waren intact, behalve één die een 'greenstick fracture' vertoonde. De symptomen komen overeen met die van een fractuur van het collum of capitulum mandibulae. Bovendien vindt men een aanzienlijke bewegingsbeperking van de onderkaak met een sterke fixatie in de gedислоceerde positie. In slechts drie gevallen was manuele repositie succesvol, in één geval lukte repositie na 3 weken intermaxillaire elastiektractie met een hypomoclion, terwijl in een ander geval zes weken intermaxillaire tractie de occlusie niet kon herstellen. Bij 7 patiënten werd in eerste instantie de juiste diagnose niet gesteld: dislocatie naar de fossa pterygomandibularis/temporalis (2 gevallen), luxatie van het kaakgewricht (2), fractuur van de processus condylaris (1). In de resterende twee gevallen werd de diagnose gemist als gevolg van de behandeling van fracturen van de onderkaak. De juiste diagnose werd uiteindelijk gesteld door middel van nader röntgenologisch onderzoek na mislukte repositie (2) of bewegingsbeperking na behandeling van de mandibulafractuur (2), terwijl twee maal de diagnose werd gesteld tijdens operatie op verdenking van dislocatie van de kaakkop naar de fossa pterygomandibularis of fossa temporalis; in het resterende geval werd de klinische diagnose gewijzigd na nader röntgenologisch onderzoek. De tijd, verlopen tussen het ongeval en het stellen van de juiste diagnose, bedroeg in de meeste gevallen enkele dagen tot weken, in één geval zelfs 8 maanden. De therapie bestond uit: condylectomie (5), waarvan 3 met intracraniale benadering, condylotomie (4), repositie (3), nieuwe gebitsprothese (2). Bij één patiënt werd geen behandeling ingesteld. In alle gevallen werd een goed resultaat vermeld. Meestal bleef een bewegingsbeperking van de onderkaak in laterale richting bestaan.

Op 26 september 1976 werd na een bromfietsongeval bij een 18-jarige jongeman de klinische diagnose fractura colli mandibulae gesteld. Bij herbeoordeling van de gemaakte röntgenfoto's werd de volgende morgen de diagnose dislocatie van de rechter kaakkop

naar de middelste schedelgroeve gesteld. De patiënt was gedurende twee dagen somnolent. Het gemaakte EEG wees op een contusio cerebri ter plaatse van de fractuur van de schedelbasis. De arteria meningea media vertoonde een normaal verloop op het arteriogram. Door middel van elastiektractie met hypomoclion werd getracht de onderkaak te reponeren. Na enkele dagen werd een goede occlusie met normale sagittale overbeet bereikt bij deze voor het ongeval progene jongeman. De onderkaak werd in deze stand 8 weken geïmmobiliseerd. Bij controle één jaar na het ongeval, was de mondopening 30 mm zonder deviatie, en 46 mm met 5 mm deviatie naar rechts. In het linker gewricht traden knappende sensaties op bij opening groter dan 30 mm. De patiënt had geen pijn. De occlusie is sinds een jaar niet veranderd.

13. K. G. H. van der Wal (Nijmegen): *Etiologie en nabehandeling van ankylose van het kaakgewricht*.

In de periode 1962 tot 1977 werden op de kliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie van het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen, 22 patiënten behandeld met een ankylose van het kaakgewricht. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 14,8 jaar (min. 2, max. 44 jaar). Negen patiënten zijn van het vrouwelijke, 13 van het mannelijke geslacht. Bij 17 patiënten was de ankylose van het fibreuse, bij 5 van het benige type. In 19 casus kwam de gewrichtsverstijving unilateraal, in 3 casus bilateraal voor.

De etiologie betrof bij 14 patiënten een trauma te weten: 10 patiënten met een capitulumfractuur, waarvan 7 indertijd niet onderkend waren en dientengevolge onbehandeld bleven, 3 waren elders conservatief behandeld. Een slag of val op de kin kwam bij 4 patiënten in de anamnese voor. Rest één patiënt waarbij het trauma een partus per forceps betrof. Osteomyelitis in de omgeving van het kaakgewricht, waarschijnlijk alleen ten gevolge van sepsis, was de etiologie bij 4 patiënten. Voor 4 patiënten kon geen exacte etiologie worden vastgesteld.

Van het forceren van de mondopening onder algehele anesthesie is geen blijvend resultaat te verwachten. Adequate behandeling van de fibreuse of benige ankylose bestaat uit een condylectomie of condylotomie. Indien de ankylose van het kaakgewricht gecombineerd gaat met een fusie van de proc. coronoideus met de arcus zygomaticus is een lage horizontale ostectomie in de ramus ascendens geïndiceerd.

14. M. Fazili, (Utrecht): *Esthetische aspecten bij de mondbodem- en vestibulumplastiek*.

De excessieve resorptie van de processus alveolaris van de onder- of bovenkaak bij een edentate patiënt vormt vaak een groot probleem voor de tandarts of de prothetist bij het

vervaardigen van een goed passende prothese. Er zijn verschillende methoden om deze problemen op te lossen. De meest adequate chirurgische technieken zijn:

vestibulumplastiek, met of zonder huid- of mucosatransplantaat; buccal inlay; tuberplastiek; osteoplastiek; visorosteotomy; mondbodem- en vestibulumplastiek.

Met een van bovengenoemde methoden resp. combinaties kan meestal een redelijke basis worden verkregen voor een behoorlijke prothese met een goede retentie.

De mondbodem- en vestibulumplastiek is een zeer aantrekkelijke operatie ter verbetering van de prothesebasis van de tandeloze onderkaak. Deze techniek werd beschreven door Trauner en later gemodificeerd door Obwegeser. Er is in het verleden al veel discussie geweest over de vraag hoe men het vestibulum moet verdiepen en welk materiaal men voor transplantatie dient te gebruiken. Men heeft de keus tussen mucosa en huid en eventueel kan men in het geheel geen vrije transplantaten gebruiken ofschoon de resultaten daarvan slecht zijn. Er is bij de verdieping van het vestibulum één complicatie, waaraan de nodige aandacht besteed dient te worden.

Als er een aanzienlijke atrofie van het bot bestaat is de verleiding groot de weke delen in het onderfront tot aan de onderrand van de kin af te prepareren. Door de interpositie van huid of mucosa zullen de weke delen van de kin dan geen goede verbinding met het onderliggende bot meer krijgen. Het gevolg zal zijn een afhangen van de weke delen van de kin respectievelijk een sterk naar voren steken ervan (puntkin). Dit betekent een aanzienlijke verslechtering van het uiterlijk, dat meestal niet acceptabel is. Bovendien krijgt de patiënt moeilijkheden bij het spreken door de van haar insertie losgemaakte mimische musculatuur. Wij gebruiken derhalve de vuistregel, dat de weke delen slechts tot ongeveer de halve hoogte van de mandibula in het front mogen worden losgeprepareerd en zoeken de retentie ten dele ook altijd buccaal in de molaarstreek. Dit is dan ook de reden, dat wij huid als transplantatiemateriaal prefereren, aangezien daarvan altijd voldoende verkregen kan worden en een lange lap eenvoudiger te verwerken is dan enige kleine mucosalappen en de kans op necrose van de huid kleiner is dan bij een mucosatransplantaat.

Door de diastase in het dorso-caudale gebied te verbreden wordt een lap gecreëerd die zowel bij open als gesloten mond voldoende breed is. Postoperatief wordt door middel van elasticitraction een nieuw neuromusculair patroon van direct en juist occluderen aangeleerd en wordt door intensieve oefentherapie de mondopening vergroot.

Bij 4 patiënten werd een condylectomie, bij 14 patiënten een condylotomie verricht. Drie patiënten met een fibreuze ankylose worden voorlopig door middel van fysiotherapie behandeld. Eén buitenlandse patiënt weigerde therapie. Binnen één jaar recideerde de ankylose bij 3 patiënten waarbij in eerste instantie

door middel van condylotomie de benige ankylose was opgeheven.

Na een gemiddelde follow-up van 5 jaar is er sprake van een recidief bij 3 van de 18 operatief behandelde patiënten. De gemiddelde mondopening bedraagt 31 mm en er is geen open beet in het front opgetreden.

Gezien onze resultaten in vergelijking met die van de literatuur, hebben wij voorlopig geen reden onze operatietechniek te herzien.

## Binnenland

### PROMOTIE

*D. J. Purdell-Lewis*

Op dinsdag 1 november 1977 promoveerde de heer D. J. Purdell-Lewis, B.D.S., L.D.S. (Harmelen) tot doctor in de Geneeskunde aan de rijksuniversiteit te Utrecht, op een proefschrift getiteld: 'Stannous fluoride; its effect on artificially demineralized enamel'. Promotors waren Prof. Dr. J. Arends en Prof. Dr. O. Backer Dirks.

## Agenda

Data der voornaamste wetenschappelijke congressen en vergaderingen in binnen- en buitenland

### \* Eerste vermelding

1978

### \* 17 januari

Klinische avond voor tandartsen in het Ignatius-ziekenhuis te Breda.

### 30 januari-4 februari

7. Zahnärztlich-Kieferorthopädische Fortbildungstagung, Kitzbühel, Oostenrijk. Thema: 'Der frontale Engstand: Morphologie, Genese und Therapie.' Inl. Arbeitsgemeinschaft für Kieferorthopädie, Invalidenstr. 13/1/13, A-1030 Wien, Oostenrijk.

### 2 februari

Klinische avond voor tandartsen in de collegezaal van het Gebouw voor klinische tandheelkunde, Philips van Leydenlaan 25, Heyendaal, Nijmegen. Aanvang 20.00 uur.

### 20 februari

Klinische avond voor tandartsen in de groene collegezaal van het tandheelkundig Instituut, Sorbonnelaan 16, De Uithof, Utrecht. Aanvang 20.00 uur.

### \* 23 februari

Klinische avond voor tandartsen te Groningen.

9 maart

Voorjaarsvergadering Ned. Tandheelkundig Genootschap.

22-23 maart

2e Congres European Prosthodontic Association, Leeuwenhorst-congrescentrum, Noordwijkerhout. Inl. K. van der Laan, vakgroep Prothetisch tandheelkunde, Tandheelkundig Instituut, Sorbonnelaan 16, Utrecht.

6 april

Klinische avond voor tandartsen in de collegezaal van het Gebouw voor klinische tandheelkunde, Philips van Leydenlaan 25, Heyendaal, Nijmegen. Aanvang 20.00 uur.

14 april

Voorjaarsvergadering Ned. Ver. van Tandartsen, Jaarbeurs congres- en vergadercentrum aan de Croeselaan te Utrecht.

\* 20 april

Klinische avond voor tandartsen te Groningen.

30 april-2 mei

Ve Journées Françaises de Parodontologie, Biarritz, Frankrijk. Inl. Société Française de Parodontologie, 57 rue d'Amsterdam, 75008 Paris, Frankrijk.

22 mei

Klinische avond voor tandartsen in de groene collegezaal van het Tandheelkundig Instituut, Sorbonnelaan 16, De Uithof, Utrecht. Aanvang 20.00 uur.

\* 23 mei

Klinische avond voor tandartsen in het Ignatius-ziekenhuis te Breda.

1 juni

Klinische avond voor tandartsen in de collegezaal van het Gebouw voor klinische tandheelkunde, Philips van Leydenlaan 25, Heyendaal, Nijmegen. Aanvang 20.00 uur.

12-15 september

4th International Congress on Dentistry for the Handicapped, Londen, Engeland. Inl. Conference Office, Birmingham Dental Hospital, St. Chad's Queensway, Birmingham B4 6NN, Engeland.

25-30 september

IVth Congress of the European Association for Maxillo-Facial Surgery (E.A.M.F.S.), Venetië, Italië. Inl. Maxillo-Facial and Stomatology Department, 'S. Bortolo', Regional Hospital, 36100 Venetië, Italië.

25-30 september

66th Annual World Dental Congress of the F.D.I., Madrid, Spanje.