

# Feuilleton

## TWEE BIJZONDERE GEVALLEN VAN TRISMUS

### SAMENVATTING

Tijdens een bezoek aan de Universiteit van Bandung (Indonesië) werden enkele patiënten onderzocht met afwijkingen die in West-Europa vrijwel niet meer worden waargenomen. Twee gevallen van trismus worden besproken; het eerste op basis van ankylose van het kaakgewricht bij een 16-jarig meisje en het tweede op basis van noma bij een meisje van 14 jaar. De verschillen tussen beide vormen en hun chirurgische behandeling worden in het licht gesteld.

TUINZING DB, VAN BERGE HENEGOUWEN RW. Twee bijzondere gevallen van trismus. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 177-9.

D. B. Tuinzing, kaakchirurg  
R. W. van Berge Henegouwen, kaakchirurg

Uit de vakgroep Mondziekten en Kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam.

Trefwoorden: **Mondziekten en Kaakchirurgie** – Trismus – Ankylose – Noma

Datum acceptatie: 24 februari 1987.

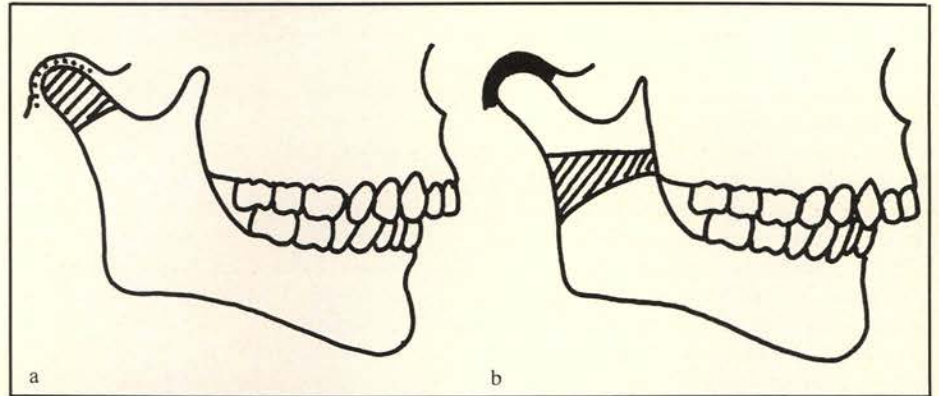
Adres: Dr. D. B. Tuinzing, De Boelelaan 1117, 1007 MB Amsterdam.

### 1. INLEIDING

In het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde verscheen in 1985 een verslag van het in 1984 gebrachte bezoek aan Indonesië door Van der Kwast en beide auteurs van dit artikel. Doel daarvan was – behalve de beoordeling en de behandeling van een aantal patiënten – de mogelijkheden te onderzoeken van een samenwerkingsverband tussen de afdeling Mondheelkunde van de Universiteit Padjadjaran te Bandung en de vakgroep Mondziekten en Kaakchirurgie van de Vrije Universiteit te Amsterdam.<sup>1</sup> Naar aanleiding van de daaruit voortvloeiende ontwikkeling brachten de auteurs in 1986 opnieuw een bezoek aan Bandung. In het kader hiervan hadden zij gelegenheid een aantal patiënten te onderzoeken, bij wie soms afwijkingen werden waargenomen, die voor hen als het ware alleen nog 'in boekjes' voorkomen. En passant zagen zij gevallen van cheilognathopalatoschisis, waarbij het hun trof hoe goed de vorm van de bovenkaak kan zijn ontwikkeld, ook wanneer van enigerlei ingreep is afgezien. Maar hun aandacht ging in het bijzonder uit naar twee jeugdige patiënten met een vorm van trismus die in Nederland zelden of nooit voorkomt, namelijk door ankylose van het kaakgewricht, respectievelijk door noma (cancrum oris, gangreneuze stomatitis, in Nederland ook wel waterkanker genoemd). Beide gevallen gaven hun aanleiding, wat nader op deze aandoeningen in te gaan.

### 2. ZIEKTEGESCHIEDENIS 1: ANKYLOSE

Een 16-jarig meisje kwam in de polikliniek van het Hasan Sadikin ziekenhuis te Bandung onder behandeling wegens de klacht dat zij haar mond bijna niet kon openen. Uit de anamnese bleek dat zij op vierjarige leeftijd, zittend tussen haar ouders, van een bromfiets op haar kin was gevallen.



Afb. 1. In geval van fibreuze ankylose zal condylectomie worden verricht (a). Bij benige ankylose wordt de voorkeur gegeven aan osteotomie juist caudaal van het kaakkopje (b).

Een litteken midden op de kin was ook nu nog zichtbaar. Het meisje was klein van stuk en bij inspectie bleek dat zij haar mond ten hoogste twee millimeter kon openen. Röntgenologisch onderzoek toonde verbening van het linker kaakgewricht. Besloten werd een condylectomie te verrichten. Dit geschiedde onder algehele anesthesie. Daarna bleek een mondopening van 25 millimeter mogelijk te zijn. Aanstonds werden afspraken gemaakt voor fysiotherapeutische behandeling, omdat die in zulke gevallen niet kan worden ontbeerd.

Ankylose van het kaakgewricht is een afwijking die in Nederland niet dikwijls voorkomt en waarvan de behandeling diverse, soms tegenstrijdige, aspecten heeft. Als oorzaken voor intracapsulaire ankylose worden genoemd: ontstekingen, metastasen, ziekte van Paget, spondylitis ankylopoetica, maar de meest voorkomende oorzaak lijkt toch wel trauma te zijn.<sup>2,3</sup> Na een ongeval, waarbij de wond (para)mediaan op de kin vaak al een aanwijzing geeft over een mogelijke fractuur van het kaakkopje, zijn vooral de overige klinische aanwijzingen van belang, zoals stoornis in de gebitsocclusie en deviatie van de onder-

kaak naar de getroffen zijde bij openen. Röntgenologische bevestiging van de klinische diagnose heeft slechts aanvullende waarde; zij zal op het platteland van Indonesië over het algemeen achterwege blijven.

Wanneer echter een, op functieherstel gerichte, therapie achterwege blijft of de aangebrachte intermaxillaire fixatie te lang wordt gehandhaafd (bijvoorbeeld meer dan 6 tot 7 weken) kan ankylose ontstaan. Aangenomen wordt dat een intracapsulair hematoom zich organiseert tot een fibreuze of benige verbinding tussen onderkaak en schedel. Een fibreuze ankylose onderscheidt zich van een benige ankylose door het aantal millimeters dat de mond kan worden geopend. Bij een opening van 5 millimeter of minder wordt van een benige ankylose gesproken, boven 5 millimeter van een fibreuze. Dit onderscheid is van belang voor de therapie.<sup>4,5</sup>

In geval van fibreuze ankylose zal gewoonlijk worden getracht de verbinding tussen onderkaak en schedel door condylectomie te verbreken. Na verwijdering van het kaakkopje wordt op het resterende deel van de onderkaak een bedekking van kunststof of een huidtransplantaat aangebracht.





Afb. 2. Een acute necrotiserende gingivostomatitis (noma) grijpt zodanig mutilerend om zich heen, dat als het ware gaten in de wang vallen.

In geval van een benige ankylose is in het gewricht geen gewrichtsspleet meer te onderkennen. Bij verwijdering van het caput mandibulae bestaat dan het gevaar, dat niet alleen het caput wordt weggenomen, maar dat ook de middelste schedelgroeve wordt geperforeerd, aangezien het schedelbot op deze plaats zeer dun is. Daarom wordt in deze gevallen de voorkeur gegeven aan osteotomie, dat wil zeggen het wegnemen van een kaakfragment dat caudaal van het kaakkopje is gelegen (afb. 1), in plaats van condylectomie. Na mobilisatie van de onderkaak wordt ook hier kunststof of een huidtransplantaat over het caudale deel aangebracht.

Daarna kan een begin worden gemaakt met fysiotherapie, die essentieel is voor een duurzaam goed gevolg. Het verbreken van een ankylose zonder intensieve fysiotherapeutische mede- en nabehandeling is weinig zinvol. Het intensief uitvoeren van de voorgeschreven oefeningen is van beslissend belang voor het welslagen van de behandeling. Men dient zich daarom te verzekeren van de medewerking van de patiënt alvorens tot operatie over te gaan.

### 3. ZIEKTEGESCHIEDENIS 2: NOMA

Het tweede geval betrof een meisje van 14 jaar, dat zich in dezelfde polikliniek meldde met een gelijklopende klacht, die echter een andere oorzaak had. Ook deze patiënte was klein voor haar leeftijd, doch hier was sprake van een slechte voedingsstoestand door gebrek. Vermoedelijk was die verantwoordelijk geweest voor het ontstaan van gangreneuze stomatitis (noma). Na genezing hiervan was het tot een zodanige littekenvorming gekomen dat de mondopening slechts enkele millimeters bedroeg (afb. 2). Het is niet duidelijk of de sterk naar buiten gerichte gebitselementen

mede oorzaak van de stomatitis waren geweest of dat deze misvorming juist het gevolg was van de verloren gegane wangdruk.

Onder algehele anesthesie werd het littekenweefsel door een in dit ziekenhuis werkzame collega uit Japan verwijderd; het defect werd gesloten met een gesteeld huidtransplantaat. Het postoperatieve verloop was echter vol complicaties. De patiënt kwam deze niet te boven en zij overleed kort daarop.

Noma wordt sinds lange tijd niet meer in Nederland gezien.<sup>6</sup> Bij deze zich snel uitbreidende gangreneuze ontsteking in de mondweefsels en het aangezicht zijn sterke ondervoeding, excessieve mechanische beschadiging<sup>7,8</sup> en kinderziekten zoals mazelen<sup>9</sup> in het geding. Een daaruit voortvloeiende acute, necrotiserende gingivostomatitis, waarbij *Borrelia vincentii* en *Bacillus fusiformis* een belangrijke rol spelen, grijpt in zo'n geval vaak zodanig mutilerend om zich heen dat als het ware gaten in de wang vallen (afb. 2).<sup>10</sup>

De aandoening wordt dus niet als een primaire ziekte beschouwd maar meer als een secundair verschijnsel, als gevolg van een algehele lichamelijke zwakte. De behandeling bestaat daarom in eerste instantie in verbetering van de voedingsstoestand en het bestrijden van de ontstekingscomponent door middel van antibiotica. Pas als de ontsteking tot rust is gekomen en de gezondheidstoestand van de patiënt aanmerkelijk is verbeterd kan men aan correc-

tie van het defect in het gelaat gaan denken. Wanneer het defect zich over een beperkt deel van het aangezicht uitstrekt kan worden overwogen, door middel van plastisch-chirurgische operaties correcties aan te brengen. Bij grotere laesies kan worden getracht met gesteelde huidtransplantaten van borst of schouder het defect te sluiten. Het strakke littekenweefsel van de wondranden veroorzaakt echter niet alleen een sterke trismus, maar belemmert ook in sterke mate het ingroeien van getransplanteerde weke delen.

### 4. NABESCHOUWING

In beide hier beschreven gevallen was de voedingstoestand van invloed geweest: de patiënten waren ook beiden klein van stuk. Er waren evenwel belangrijke verschillen. Ankylose leidde bij de eerstgenoemde patiënte tot voedingsproblemen, omdat normale voedselopneming onmogelijk was geworden. Omgekeerd was bij de patiënte met noma de gebrekkige voedingstoestand juist mede aanleiding geweest tot het ontstaan van de afwijkingen. Een ander verschil tussen beide vormen van trismus is dat na verbreking van de ankylose, gevolgd door intensieve fysiotherapie, de mondopening weer nagenoeg normaal kan worden, terwijl in het geval van noma een normale mondopening door verlittekening van de huid nauwelijks meer mogelijk wordt, zelfs wanneer door middel van gesteelde huidtransplantaten het defect met

### SUMMARY

#### TWO CASES OF TRISMUS.

Keywords: Oral surgery – Trismus – Ankylosis – Noma

During a visit to the University of Bandung (Indonesia) two female patients (16 and 14 years



goed gevolg is gesloten.

Het verschil in behandelingsmogelijkheden tussen Nederland en Indonesië is evident. In Nederland wordt behandeling van dit soort afwijkingen als noodzakelijk beschouwd, maar in Indonesië bestaat deze vanzelfsprekendheid nog niet. Wegens het ontbreken van ziektekostenverzekeringen en van financiële mogelijkheden moeten patiënten de hier genoemde behandeling veelal ontberen. Behandelingen verricht in het kader van samenwerkingsovereenkomsten, die door universiteiten in Indonesië met universiteiten in het buitenland zijn gesloten, zijn derhalve vaak te beschouwen als een druppel op een gloeiende plaat. Of, van een positiever standpunt bezien, als het begin van een langdurige ontwikkeling.

respectively) with trismus were investigated: a. from ankylosis of the temporomandibular joint and b. from noma (cancrum oris). The differences between both forms and their surgical treatment are discussed.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> VANDER KWAST WAM, VANBERGE HENEGOUWEN RW, TUINZING DB. Een bezoek aan Indonesië. Ned Tijdschr Tandheelkd 1985; 92: 152-7.
- <sup>2</sup> DINGMAN RO. Ankylosis of the temporo-mandibular joint. Am J Orthod 1946; 32: 120-4.
- <sup>3</sup> MILLER GA, PAGE HL, GRIFFITH CR. Temporomandibular joint ankyloses: a review of literature. J Oral Surg 1975; 33: 782-803.
- <sup>4</sup> VANDER WALK GH. Over ankylose van het kaakgewricht. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1980. Academisch proefschrift.
- <sup>5</sup> FREEDUS MS, ZITER WD, DOYLE PK. Principles of treatment for temporo-mandibular joint ankylosis. J Oral Surg 1975; 33: 757-65.
- <sup>6</sup> VAN DER VELD RGM. Gingivitis ulcerosa. Ned Tijdschr Tandheelkd 1967; 74: 628-47.
- <sup>7</sup> DAWSON J. Cancrum Oris. Br J Oral Surg 1945; 79: 151-6.
- <sup>8</sup> SELYE H. Effect to cortisone and somato-trophic hormones upon the development of a noma-like condition in the rat. Oral Surg 1953; 6: 557-60.
- <sup>9</sup> TEMPEST MN. Cancrum Oris. Br J Oral Surg 1966; 53: 949-69.
- <sup>10</sup> PINDBORG JJ. Atlas of diseases of the oral mucosa. Vierde druk. Kopenhagen: Munksgaard, 1985.

## Berichten

### Verenigingsverslagen en mededelingen

#### NEDERLANDSE VERENIGING VOOR SCHISIS EN CRANIOFACIALE AFWIJKINGEN

Aankondiging najaarsvergadering te Leiden d.d. 28 november 1987

Op zaterdag 28 november a.s. zal de jaarlijkse wetenschappelijke vergadering worden gehouden van de *Nederlandse Vereniging voor Schisis en Craniofaciale Afwijkingen* in het Academisch Ziekenhuis te Leiden.

Het ochtendprogramma zal worden verzorgd door buitenlandse sprekers over de onderwerpen 'Vroege orthodontische behandeling van enkelzijdige en dubbelzijdige lip-, kaak- en gehemeltepletten' en over 'velofaryngeale insufficiëntie-diagnostiek'.

Het middagprogramma zal door acht sprekers uit de Nederlandse Schisisteams worden gepresenteerd.

Inlichtingen zijn te verkrijgen bij F. van Hoken, Rijnsburgerweg 19a, 2334 BC Leiden (telefoon 071-17 18 70)

#### NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ENDODONTOLOGIE



#### Samenstelling nieuw bestuur

Tijdens de huishoudelijke vergadering van de

*Nederlandse Vereniging voor Endodontologie* op zaterdag 13 december 1986 is het bestuur als volgt samengesteld:

M. Simon - voorzitter;

A. G. J. Okhuizen - vice-voorzitter;

R. Fransman - secretaris, Comeniusstraat 441, 1065 BV Amsterdam (telefoon 020-17 43 69);

F. A. Blom - penningmeester;

J. C. Diederik - lid.

### Binnenland

#### POSTACADEMISCH ONDERWIJS TANDHEELKUNDE



#### Cursussen in de maand mei

Hieronder volgt een herinnering aan de cursussen die in de maand mei onder auspiciën van het *Orgaan voor Post-academisch Onderwijs Tandheelkunde*, worden gegeven. Voor uitvoerige informatie wordt op deze plaats verwezen naar het 'paarse' *cursusprogramma voorjaar 1987*.

ACTA De tandarts als onderhandelaar, 8 mei 1987. (Volgeboekt.)

ACTA\*) Acupunctuur: oriënterende cursus, 15 mei 1987.

RUG Composiet-eststechniek-A (basiscursus), 15 mei 1987.

RUG Preprothetische behandelingen in de

\*) Onder auspiciën van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging.

eigen praktijk, 21 en 22 mei 1987.

ACTA Kindertandheelkunde - omgang met kinderen, 22 mei 1987.

#### ACADEMISCH CENTRUM TANDHEELKUNDE AMSTERDAM (ACTA)

#### Opening 'Feedback-post ACTA'

Bij het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) is sedert kort een adviesbureau geopend - onder de naam 'Feedback-post ACTA' - waarbij tandartsen en mondhygiënist schriftelijk en telefonisch terecht kunnen met vragen van zowel tandheelkundige als medische aard ten behoeve van de patiëntenzorg. (Deze Post is dus geen Tandheelkundig Informatie Punt (T.I.P.), waarbij patiënten een zgn. 'tweede mening' kunnen verkrijgen.)

De Feedback-post ACTA is op werkdagen van 9.00 tot 16.00 uur bereikbaar onder telefoonnummer 020-51 88 286, terwijl schriftelijk vragen kunnen worden gericht aan Feedback-post ACTA, Lauwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

#### KLINISCHE AVOND VOOR TANDARTSEN TE NIJMEGEN

#### Aankondiging programma 14 mei 1987

Op donderdag 14 mei a.s. zal een klinische avond worden gehouden in de collegezaal (nummer 55) van het Gebouw voor klinische tandheelkunde, Philips van Leydenlaan 25, Heyendaal te Nijmegen.

Aanvang 20.00 uur precies.