

heden varieert bijvoorbeeld de sterkte van de inademiings- of uitademiingsbeweging en kan de wijde van de bronchiën worden gewijzigd. Ook als bepaalde variabelen door omstandigheden worden gefixeerd in een ongunstige positie, bijvoorbeeld als er een vernauwing in de bronchiën is, zal het meestal wel mogelijk zijn het evenwicht te bewaren, hoewel het dan minder stabiel wordt. Een compensatie van ongunstige veranderingen, zo, dat toch het evenwicht bewaard blijft, zien we bij allerlei functies, zoals in het geval van de gecompenseerde hartgebreken.

Bij astma-patiënten krijgt men vaak de indruk, dat er een onvoldoende streven is om de evenwichtsstand zo goed mogelijk aan te houden. De ademhaling is soms duidelijk inefficiënt, er wordt bijvoorbeeld te diep ingeademd, waardoor het residu alleen maar toe kan nemen en de buikademhaling functioneert niet goed. Sommige patiënten schijnen de glottis te vernauwen (verschijnsel van Talma). Dit zijn aanwijzingen, dat de regulatie van de functie gestoord is.

Trouwens, ook bij de sterke contractie van de bronchiaalmusculatuur moet toch de regulatie een rol spelen. Als men de patiënt afleidt wordt de toestand ook vaak beter. Het is alsof de regulatie dan minder

wordt tegengewerkt. Dit kan men verklaren, doordat de uitdrukingsfunctie, die op de ademhaling gesuperponeerd is, deze stoort. In normale gevallen zal dat weinig voorkomen, maar juist als de uitdrukingsfunctie door een sterke tendens tot uiting aan de ene kant en een repressie aan de andere wordt vervormd, kan dat eerder voorkomen. Terwijl het huilen niet wordt getolereerd, krijgt de patiënt als regel wel aandacht in verband met zijn astma-aanval. Daardoor is er grote kans, dat de aanval nu een belangrijke uitdrukingswaarde krijgt en wordt geritualiseerd. Afgezien van het gedrag van de omgeving kan de aanval verder bij de patiënt sensaties opwekken, die hem bevredigen. Als men het vertrouwen van patiënten heeft, vertellen ze ook wel hoe er soms een verlangen naar een soort orgastisch beleven in de aanval over hen komt. Alle belevingsuitdrukking schenkt trouwens terugwerking door verandering van de houding van de omgeving, maar ook directer bijvoorbeeld doordat iemand die gilt, zichzelf hoort gillen en daarmee als het ware al minder eenzaam is.

Met deze uiteenzetting is het hopelijk enigszins gelukt de verschillende feiten, waarmee men in de psychosomatiek te maken krijgt, in onderling verband te brengen.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (17)

Spoedeisende gevallen in de mondheelkunde

DOOR DR. W. A. M. VAN DER KWAST, SPECIALIST VOOR MONDHEELKUNDE TE HAARLEM

Toen Flieringa schreef over spoedeisende gevallen in de oogheelkunde — (1959) huisarts en wetenschap 3, 6 — wees hij op de betrekkelijkheid van het begrip „spoed” en op het feit dat gevallen, waarin het uitblijven van onmiddellijke hulp fataal zou zijn, zich in de oogheelkunde praktisch niet voordoen. Deze zelfde beperking moet worden gemaakt voor de mondheelkunde. Onder de vele afwijkingen, die in de mondholte voorkomen, zijn er slechts enkele, die een directe bedreiging vormen voor het leven van de patiënt. Deze komen bovendien betrekkelijk zelden voor.

Regelmatig blijkt, dat voor diverse stomatologische aandoeningen primair de huisarts wordt geconsulteerd, hoewel het ook voorkomt, dat de hulp van de huisarts wordt ingeroepen, wanneer na behandeling door de tandarts complicaties zijn opgetreden. Een bespreking van die aandoeningen, waarvan beloop en prognose worden begunstigd door het instellen van een snelle adequate therapie, is hier zeker op zijn plaats.

In deze beschouwing zal aan specifiek tandheelkun-

dige problemen worden voorbijgegaan, omdat zij voor de huisarts van ondergeschikt belang zijn. Door onvoldoende bekendheid met de tandheelkunde spreken deze problemen hem bovendien niet aan. Er zal hier iets worden gezegd over de kwaadaardige gezwellen in de mondholte en de diagnostiek hiervan, alsook over enkele traumatologische aandoeningen en sommige vormen van ontsteking.

Tumoren. De verscheidenheid van tumoren, die in de mondholte voorkomen, is groot. Bijzonderheden over de benigne tumoren doen op deze plaats niet terzake. Wel moeten echter enkele opmerkingen worden gemaakt over het carcinoom, dat in de mondholte kan voorkomen en dat in een groot aantal gevallen niet wordt onderkend. Het is helaas meer regel dan uitzondering, dat mondcarcinomen in eerste instantie worden behandeld als hardnekige dentogene ontstekingen.

Kwaadaardige gezwellen in de mondholte komen vooral voor als carcinoom van het bekleedende slijmvlies van de kaak zelf of van de kaakholte. Meestal zijn het plaveiselcelcarcinomen — 90 procent van

alle in dit gebied voorkomende gezwellen — minder vaak adenocarcinomen. Adenocarcinomen gaan vooral uit van het slijmvlies van de sinus maxillaris en van de glandula parotis. Kaakcarcinomen worden meer gezien bij mannen dan bij vrouwen. Zo is er een onderzoek bekend, waaruit is gebleken, dat onder 204 patiënten met kaakcarcinoom, 78 vrouwen waren (Perthes). De verdeling over onder- en bovenkaak is ongeveer gelijk.

In vrijwel alle gevallen zijn kaakcarcinomen primaire tumoren. Metastatische tumoren worden in de mondholte zelden gezien. Als reden hiervan wordt wel aangevoerd, dat in de onderkaak weinig of geen rood beenmerg voorkomt. In het rode beenmerg is door het grote aantal aanwezige capillairen de stroomsnelheid van het bloed gering, waardoor de kans op vastraken van tumorcellen groot is.

Wat de predisponerende momenten betreft, staat wel vast, dat tabak- en alcoholgebruik in dit opzicht van veel belang zijn. Ook zou tandeloosheid, vooral vroegtijdig ontstaan, een predisponerende invloed hebben (Van Sloten).

Alvorens de symptomatologie van het kaakcarcinoom te bespreken volgen eerst de ziektegeschiedenissen van twee patiënten.

De eerste patiënt is een vrouw van 79 jaar, die in maart 1957 klachten kreeg in de linker onderkaak. Zij wendde zich hiermee tot de huisarts. Deze heeft de pijnlijke plaatsen enkele malen aangestipt en verwees haar tenslotte naar een neus-, keel- en oorarts, die de pijnlijke plekken eveneens aanstipte, echter zonder resultaat. Hierna consulteerde zij nog drie andere huisartsen; alle drie schreven haar mondspoelingen voor. Wegens persisteren van haar klachten, werd patiënte op haar eigen verzoek tenslotte verwezen naar een universiteitskliniek voor interne ziekten, waar de diagnose „stomatitis aftosa” werd gesteld. Talrijke therapeutica werden toegepast om deze „stomatitis” tot genezing te brengen, zoals diverse soorten hydrocortison zuigtabletten, autovaccins vervaardigd uit de mondflora, oestron, aanstipmiddelen enz. Enige verbetering trad niet op, integendeel, haar klachten werden steeds heftiger. Toen patiënte ruim twee jaar na haar primaire klachten werd gezien op de polikliniek voor mondheelkunde, klaagde zij over heftige, eenzijdige, uitstralende hoofdpijnen. Zij vertelde: „Al mijn haren doen pijn”. De gehele linker gezichtshelft was bij aanraken uiterst pijnlijk; haar onderprothese — zij had al 35 jaar een gebitsprothese — kon zij niet meer dragen en eten was uiterst moeilijk.

Er werd bij uitwendig onderzoek in de linker kinhelft een felrood infiltraat gevonden. Er waren sterk gezwollen en drukpijnlijke submandibulaire lymfklieren. De sensibiliteit van de gehele onderlip was normaal. Intraoraal werd een tumor-massa gevonden van de molaarstreek links onder tot over de mediaanlijn heen. Er was duidelijk ulceratie. Het beeld deed in alle opzichten denken aan een carcinoom. De röntgenfoto gaf duidelijke destructie van de onderkaak te zien. Pathologisch anatomisch onderzoek van een verrichte proefexcisie bevestigde de diagnose plaveiselcelcarcinoom. Merkwaardig is, dat in de lange periode, waarin deze patiënte klachten had, proefexcisie noch röntgenonderzoek is verricht.

De tweede patiënt, een man van 71 jaar, had zich, toen hij zich meldde op de polikliniek voor mondheelkunde, al enkele maanden tevoren tot zijn tandarts gewend wegens „kiespijnklachten” in de linker onderkaak. De tandarts extraheerde toen enkele losstaande kiezen. De klachten bleven echter bestaan. Bovendien genazen de extractiewonden blijkbaar slecht, want zij werden gedurende enige tijd aangestipt.

Deze patiënt klaagde, behalve over kiespijn, over pijn naast de linker neushelft, spontane neusbloedingen, bloed in de mond bij het opstaan en een doof gevoel onder het linker oog. Behalve deze hypesthesie waren er uitwendig geen afwijkingen. Bij intraoraal onderzoek bleken enkele kiezen in de linker bovenkaak los te staan. Er was verder een ulcus ter plaatse van de recent geëxtraheerde tweede molaar. De aan dit ulcus grenzende molaren waren cariesvrij en niet tandheelkundig behandeld. Desondanks reageerden deze molaren bij vitaliteitsonderzoek negatief. Dit is altijd een suspect symtoom. Via de extractiewond liet een stompe sonde zich diep in een weke weefselmassa brengen. Bij röntgenonderzoek werd een uitgebreide destructie van de bovenkaak gezien. Bovendien was de linker kaakhelte gesluierd. De diagnose werd gesteld op antrumcarcinoom.

Wat leren ons nu deze ziektegeschiedenissen over de symptomatologie van het kaakcarcinoom? Bij kaakcarcinomen is zwelling aan palatum, processus alveolaris, vestibulum oris of fossa canina en mondbodem een constant verschijnsel. Aan verreweg de meeste zwellingen aan de kaak ligt een dentogeen ontstekingsproces ten grondslag; men denke echter aan maligniteit, wanneer verschijnselen worden gevonden als losstaande gebitselementen, ulcusvorming, foetor ex ore, uitstralende pijnklachten, sensibiliteitsstoornissen van de weke delen of in het gebit. Een differentiële diagnose en nader onderzoek zijn van veel belang, wanneer verrichte extracties geen verbetering hebben gegeven.

Sensibiliteitsstoornissen kunnen ontstaan, wanneer een tumor zenuwstammen blokkeert. In de onderkaak kan dit gebeuren met de nervus mentalis of de nervus alveolaris inferior, waardoor anesthesie, respectievelijk paresthesie en/of hypesthesie van een onderlipshelft of van een kaakhelft een vroeg kenmerk kunnen zijn van een kwaadaardig gezwel. In de bovenkaak kan, vooral bij reeds uitgebreide antrumcarcinomen, anesthesie optreden in het gebied van de nervus infraorbitalis. Ook hier kan het testen van de tandpulpal vitaliteit met faradische stroom belangrijke gegevens verschaffen.

Over de diagnostiek van het antrumcarcinoom kan het volgende worden gezegd. Vooral in het beginstadium kunnen zich hier diagnostische moeilijkheden voordoen. Pas wanneer de tumor een zekere grootte heeft bereikt, kunnen er manifeste verschijnselen optreden. In het latente stadium zijn de klachten vaak weinig specifiek. De patiënt kan klagen over een verstopte neus en neusbloedingen, terwijl verder een wat veranderde spraak kan voorkomen door veranderde verhoudingen in de neus.

Verschijnselen, die zonder meer duiden op een reeds voortgeschreden antrumcarcinoom kunnen zijn: uitstralende pijnklachten, anesthesie in het gebied van de nervus infraorbitalis, exophthalmus, trismus door retromaxillaire infiltratie van de tumor in de kauw-musculatuur en ook losstaande gebitselementen in de bovenkaak, door destructie van de processus alveolaris.

Op een speciale klacht moet nog worden gewezen. Vertelt een tandeloze patiënt, dat zijn gebitsprothese niet meer past, dan dient altijd een nader onderzoek te worden gedaan. Hoewel deze klacht kan

worden veroorzaakt door afwijkingen als kaakcysten, geretineerde gebits-elementen, chronische ontstekingsprocessen enz., kan ook een maligne tumor de oorzaak zijn. De huisarts aarzelt daarom niet, in geval van twijfel, de patiënt nader stomatologisch te laten onderzoeken.

Ook in de maxillaire *traumatologie* kunnen zich gevallen voordoen, waarin een tijdig ingestelde behandeling van veel belang is. Iedere huisarts zal in zijn praktijk wel eens ervaren, dat een verschrikte moeder hulp komt vragen voor haar kind, dat op zijn mond is gevallen en waardoor een fractuur van de processus alveolaris is ontstaan met gebroken of geluxeerde tanden. Ook geheel uit de tandkas geslagen tanden kunnen hierbij voorkomen.

Door trauma getroffen tanden bij kinderen blijken dikwijls, ook zonder behandeling, weer vast te groeien. Er moet natuurlijk wel op worden gelet, dat bij veranderde stand de tanden worden gereponeerd, opdat zij hun juiste positie ten opzichte van antagonist en buurelementen herkrijgen. Het is verder vanzelfsprekend, dat de getroffen elementen gedurende een aantal weken worden ontzien bij het eten. Is fixatie nodig, dan kan deze het best geschieden door de tandarts, die de getroffen tanden dan immobiliseert door middel van staaldradligaturen. Zeker zijn in meer gecompliceerde gevallen speciale behandelingsmethoden aangewezen, die geheel op het terrein van de tandarts liggen.

Van veel belang is het of de tandpulpa het trauma overleeft, dan wel primair of secundair afsterft. De vitaliteit van de pulpa moet daarom regelmatig na het trauma worden getest door de tandarts met warmte en koude applicatie en prikkeling met een zwakke faradische stroom. Een negatieve uitslag van deze testmethode en verkleuring van de tandkroon wijzen erop, dat een pulpa is afgestorven. Ter voorkoming van latere ontstekingsprocessen dient dan een endodontische („zenuw”)behandeling te worden gedaan, eventueel gecombineerd met apexsectie. Ook bij tanden, die geheel uitgeslagen zijn, kan, na een adequate voorbehandeling, nog een mogelijkheid tot replantatie aanwezig zijn.

Geluxeerde melktandjes bij kinderen van vijf tot zes jaar kunnen altijd het beste worden geëxtraheerd. De wortelresorptie in verband met de aanstaande wisseling is hier al zo ver voortgeschreden, dat conservatieve behandelingsmethoden zinloos zijn. Op jongere leeftijd is nog wel eens kans op behoud aanwezig.

Patiënten, die een ongeval hebben gehad en daarbij verwondingen hebben opgelopen van het aangezicht, moeten steeds worden onderzocht op mogelijk aanwezige fracturen van onder- en/of bovenkaak. Door de dikwijls aanwezige zwelling van de weke delen, is nauwkeurige palpatie niet altijd goed mogelijk. Bij de minste twijfel late men daarom röntgenonderzoek plaats vinden. Een onjuiste diagnose, ofwel een onjuiste behandeling, kan in deze geval-

len onaangename functionele en cosmetische gevolgen hebben.

De belangrijkste kenmerken zullen hier kort worden genoemd, terwijl over de behandeling niet zal worden uitgeweid.

Om anatomische redenen worden, vooral bij meer eenvoudige verwondingen, kaakfracturen dikwijls op bepaalde plaatsen gevonden. Zo kan bij kinderen nogal eens een fractuur in de onderkaak voorkomen in de streek van de kiem van de blijvende hoektand. Ook bij volwassenen is de lange caninus in de onderkaak een locus minoris resistentiae. Hetzelfde geldt voor de kaakhoek. Herhaaldelijk wordt een fractuur geconstateerd op de plaats, waar een geïmpacteerd verstandskies aanwezig is.

Bij geweld, dat op de kin heeft aangegrepen, moet altijd de mogelijkheid worden onderzocht van een eenzijdige of dubbelzijdige fractuur van de processus condyloideus, of een fractuur van het kaakopje zelf, hoewel dit laatste veel minder vaak wordt gezien. Bij een fractuur van de processus condyloideus heeft het kaakopje de continuïteit met de onderkaak verloren. Bij röntgenologisch onderzoek is dan doorgaans een duidelijke dislocatie te zien. Bloedige repositie is in deze gevallen zelden of nooit noodzakelijk; een adequate conservatieve behandeling en een functionele nabehandeling leiden in deze gevallen tot een goed functioneel resultaat.

Een klacht, dikwijls gehoord bij fracturen van de processus condyloideus, is, dat de tanden en kiezen niet goed meer op elkaar passen. Occlusiestoornissen duiden trouwens vrijwel altijd op een kaakfractuur. Bestaat er een eenzijdige fractuur van de processus condyloideus, dan kan deviatie van de kinpunt bij openen van de mond naar de zieke kant vaak een zeer duidelijk symptoom zijn. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen, dat er bij dubbelzijdige fracturen van de processus condyloidei, obstructie ontstaat van de luchtwegen, doordat met de onderkaak de tongrug tegen de dorsale farynxwand valt. Buikligging of een goed aangelegd hoofdverband kunnen hier tijdelijk goede diensten bewijzen.

Ook bij bovenkaaksfracturen kunnen zich complicaties voordoen, die een spoedige behandeling vereisen. Van de verschillende vormen van bovenkaakfracturen zijn eigenlijk alleen de fracturen van jukbeen en jukboog voor de huisarts van belang, want patiënten, bij wie de gehele bovenkaak is afgescheurd van de schedelbasis, zullen primair niet bij de huisarts, maar op de chirurgische afdeling van een ziekenhuis terecht komen. Fracturen van jukbeen en jukboog worden zeker niet in alle gevallen onderkend. Zijn er dan ook patiënten, bij wie geweld heeft plaats gevonden in de omgeving van het oog, dan late men niet na dit gebied nauwkeurig te palperen, waarbij dan met name de onderste orbitarand (foramen infraorbitale!), de laterale orbitarand en de overgang van het jukbeen naar de jukboog moeten worden genoemd, omdat juist op deze plaatsen de fracturen worden gevonden. Een kenmerkend symptoom bij een fractuur van het os zygoma-

ticum kan verder zijn een verminderde sensibiliteit of zelfs algehele anesthesie in het gebied van de nervus infraorbitalis. Duidelijk zichtbaar wordt een dergelijke fractuur, wanneer men, achter de patiënt staande, van bovenaf de beide gezichtshelften vergelijkt. Bij een impressiefractuur van het jukbeen valt dan op, dat de zogenaamde koon is weggevalen. Bij impressiefracturen van de jukboog — deze breekt als regel op drie plaatsen — kan de processus temporalis van de mandibula ingekneld raken. Of de mond kan dan niet meer worden geopend, ofwel zijwaartse bewegingen van de onderkaak zijn niet meer mogelijk. Hoe eerder een dergelijke patiënt onder de juiste behandeling wordt gesteld, des te gemakkelijker is de repositie van de aangezichtsfracturen.

Komt de huisarts in aanraking met ernstige bovenkaakfracturen, dan bedenke hij, dat hierbij gevallen van bemoeilijkte ademhaling kunnen voorkomen. Door retropositie en infrapositie van de maxilla kan namelijk het zachte verhemelte tegen de tongrug aanliggen. Een breuk van de lamina cribrosa kan bij bovenkaakfracturen eveneens voorkomen. Er ontstaat dan een verbinding met de voorste schedelgroeve. De liquor cerebrospinalis loopt dan af door de neus. Als voorlopige maatregel in deze situaties kan dienen het aanbrengen van een houten spatel, transversaal op het palatum gebracht, welke dan naast de mondhoeken wordt gefixeerd aan een hoofdverband. De gehele bovenkaak wordt dan weer omhooggebracht.

Een bijzondere vorm van „trauma” is nog de complicatie, die bij kiesextracties in de bovenkaak kan optreden en waarbij een perforatie naar de sinus maxillaris ontstaat. Hoewel het geen veelvuldig voorkomende complicatie is, wordt deze toch regelmatig gezien. In ongeveer 50 procent der gevallen ontstaat een dergelijke perforatie na extractie van een eerste molaar. Minder dikwijls wordt de perforatie gezien bij extracties van de overige molaren of premolaren.

Wellicht ten overvloede moet er hier nog eens op worden gewezen, dat een „open antrum” beslist niet behoeft te berusten op een kunstfout van de operateur. Zo kan de perforatie ontstaan, wanneer er door een periapicale ontsteking geen benige scheidingswand meer is tussen apex en antrum. Ook tijdens operatieve ingrepen — cysteoperaties, verwijderen van geïmpacteerde elementen — kan een open antrum optreden. Een dergelijke perforatie ontstaat vooral gemakkelijk, wanneer de kaakholte groot en daardoor sterk uitgezakt is in de richting van de processus alveolaris. De diagnose is meestal eenvoudig: de patiënt vertelt, dat er lucht „door zijn wangen gaat” of dat hij met spoelen water uit de neus krijgt. Meer zekerheid kan de zogenaamde „snuitproef” verschaffen. Men knijpt de neus van de patiënt dicht en laat hem lucht door de neus persen. Men hoort dan lucht via de perforatie ontsnappen. Spoedige sluiting van een dergelijk defect is aangewezen, omdat ieder uitstel de kans op infectie van de sinus (antrumempyeem) verhoogt.

Tamponeren van de alveole is onder alle omstandigheden onjuist. Is er toch empyeem van de kaakholte opgetreden, dan dient de sinus eerst weer in gezonde staat te worden gebracht, alvorens de perforatie kan worden gesloten. Soms wordt wel het advies gegeven de perforatie onbehandeld te laten. Dit advies is zonder meer onjuist.

Als trauma kan nog worden genoemd de éézijdige of dubbelzijdige luxatie van het kaakgewricht. Een dergelijke luxatie kan incidenteel voorkomen, bijvoorbeeld door wijd te gapen of door een slag op de kin bij geopende mond, en kan ook habitueel zijn. De afwijking komt vooral bij vrouwen voor tussen het 20ste en 30ste levensjaar en treedt doorgaans bilateraal op. De luxatie is gemakkelijk te herkennen. De mond is geopend, terwijl de patiënt „kwijlt”; spreken en slikken zijn moeilijk of geheel onmogelijk. Het kaakgewricht is het enige gewricht in het menselijk lichaam, dat zonder geweld van buitenaf, geluxeerd kan raken (Sicher).

De repositie bij een incidentele luxatie kan lastig zijn. Bij de habituele luxatie levert de repositie doorgaans weinig moeilijkheden op. Twee methoden worden aanbevolen. De operateur kan, vóór de zittende patiënt staande, de duimen op de ondermolaren leggen en dan de mandibula caudaalwaarts en dorsaalwaarts trachten te bewegen. Bij de tweede methode staat de operateur achter de patiënt en wordt het hoofd van de patiënt gesteund tegen de buik van de operateur.

Ook hierbij worden de duimen op de molaren geplaatst om de mandibula benedenwaarts te duwen; de andere vingers worden gehouden tegen de onderrand van de onderkaak, waardoor de kaak bij „meegeven”, naar boven kan worden gebracht. De behandeling van de habituele kaakluxatie ligt op het terrein van de specialist, zodat hierover niet nader zal worden uitgeweid op deze plaats.

De laatste groep der hier te bespreken afwijkingen, is die van de ontstekingen. Hoewel een zeer aanzienlijk gedeelte der ontstekingsprocessen in het kaak-halsgebied van dentogene oorsprong is, blijkt in de praktijk herhaaldelijk, dat de gevolgen van het periapicale granuloom worden onderschat. Bedacht moet echter worden, dat juist dit wortelgranuloom aansprakelijk moet worden gesteld voor de verscheidenheid van ontstekingsprocessen: perionitis, submuceuze en subcutane abcessen, vorming van soms grote radicaire cysten, huidfistels, osteomyelitis, ontstekingsprocessen, die zich in de mondbodem en vandaar uitbreiden naar het peritonsillaire gebied, submentale abcessen, enz.

Bij de acute dentogene ontstekingsprocessen kunnen globaal twee stadia worden onderscheiden, de fase, waarin er geen zwelling is van de weke delen van het gezicht, en die, waarin dit wel het geval is. In de eerste fase klaagt de patiënt over een bij aanraken uitermate pijnlijk gebitselement, waarvan de behandeling dan door de tandarts wordt gedaan: extractie of wel een zenuwbehandeling en/of apexresectie.

Nadere bijzonderheden te vermelden lijkt mij op

deze plaats geen zin te hebben. Dit in tegenstelling tot de ontstekingsprocessen, die zich al hebben uitgebreid in de omgevende weke delen. Is de diagnose gesteld op een acuut ontstekingsproces, dan dient een actieve therapie te worden ingesteld: de vaak voorkomende afwachtende houding moet worden afgeraden. Is er eenmaal een dik gezicht dan is er vaak ook pus. Men zal in dit geval moeten zorgen voor een zo ruim mogelijke afvoer, hetzij door openen van het wortelkanaal, hetzij door extractie van het schuldige element, hetzij door incisie. Ook in die gevallen, waarin bij palpatie geen fluctuatie kan worden aangetoond, is incisie nuttig, omdat de aanwezige etter dan de gelegenheid wordt gegeven de weg naar buiten gemakkelijker te vinden.

Over de vraag, of bij een dentogeen ontstekingsproces wel of niet moet worden geëxtraheerd, blijkt altijd veel verwarring te bestaan. Er is een standpunt om bij acute ontstekingsprocessen in de weke delen, niet te extraheren, terwijl daartegenover ook wel de opvatting wordt gehuldigd, dat het ontstekingsproces geen contraïndicatie is tot extractie. In zijn algemeenheid moet worden gezegd, dat bij uitgebreide ontstekingsprocessen in de weke delen, primaire extractie van het oorzakelijke zieke gebits-element niet zonder meer is aangewezen. Is er een abces aanwezig, dan behoeft extractie van een ziek gebits-element zeker niet te impliceren, dat hiermee het abces wordt geopend. Een submuceus of subcutaan kaakabces moet daarom worden behandeld als elk ander abces, dat wil zeggen door incisie en drainage. Wanneer het ontstekingsproces tot rust is gekomen, kan in tweede instantie worden onderzocht of het zieke element moet worden geëxtraheerd, of dat bijvoorbeeld apexresectie is aangewezen. Men voorkomt hiermee het onnodig opofferen van soms nog houdbare gebits-elementen en daardoor mutilatie van het gebit. Bovendien wordt door deze handelwijze het maken van een botwond vermeden, waardoor vooral in het gebied van de verstandskies in de onderkaak onaangename postoperatieve complicaties worden voorkomen. Tegen primaire extractie bestaan geen bezwaren wanneer er uitsluitend sprake is van een acute periostitis. Extractie van een niet meer te behouden gebits-element leidt in dit geval tot snelle genezing.

Het is hier zeker de plaats om erop te wijzen, dat met het tot rust komen van het acute ontstekingsproces de behandeling niet is voltooid. Er dient altijd een aanvullend röntgenonderzoek plaats te vinden om de oorzaak van het ontstekingsproces vast te stellen (granulomen, achtergebleven radices, cystes, geïmpacteerde gebits-elementen). De voor dit röntgenonderzoek aan het licht gebrachte afwijkingen dienen dan uiteraard te worden behandeld.

Elk pyogeen ontstekingsproces in de mondholte heeft de mogelijkheid in zich een menginfectie te zijn met actinomyceten. In gevallen, waarbij een acute, schijnbaar niet specifieke ontsteking, niet het normale genezingsproces gaat vertonen en de neiging toont tot uitbreiding in de weke delen, denke

men aan de mogelijkheid van actinomycosemenginfectie. In dit verband moet er op worden gewezen, dat er vrijwel altijd sprake is van een endogene infectie met anerobe actinomyceten, die normaal in carieuze holten, tonsillen, necrotische pulpae en materia alba voorkomen. De zogenaamde grassprietjesteorie moet als obsoleet worden beschouwd, omdat de in de natuur voorkomende actinomyceten erob en voor de mens zelden pathogeen zijn.

Niet zelden blijkt, dat bij ontstekingsprocessen van de speekselklieren, bijvoorbeeld acute sialoadenitis ten gevolge van sialolithiasis, de differentiële diagnostiek tot moeilijkheden aanleiding geeft. In twijfelgevallen bij ontstekingsprocessen in de onderkaak is nauwgezette bimanuele palpatie van de mondbodem geboden om zekerheid te verkrijgen of er een sialodochitis, respectievelijk sialoadenitis van de onderkaaksspeekselklier in het spel is.

Ook in het gebied van de glandula parotis kunnen zich diagnostische moeilijkheden voordoen. Zo komt wel voor, dat parotitis wordt gediagnostiseerd als temporomandibulaire arthritis en omgekeerd, of dat een acuut ontstekingsproces ten gevolge van dentitio difficilis van de verstandskies in de onderkaak wordt verwisseld met parotitis. De, te weinig toegepaste, sialografie kan in deze gevallen afdoende zekerheid verschaffen over de aard van het ziekteproces. Overigens denke men bij min of meer acute pijnklachten in het gelaat ook altijd aan de mogelijkheid van een artrogeen proces. Herhaaldelijk blijkt namelijk het kaakgewricht een rol te spelen bij aangezichtspijnen.

In een artikel over spoedeisende gevallen in de mondheekunde mag tenslotte een enkele woord over nabloedingen na extracties niet ontbreken, omdat iedere huisarts hiermee nolens volens wordt geconfronteerd. Dikwijls kan men de klacht vernemen, dat de huisarts, in plaats van de behandelend tandarts, zich voor de taak gesteld ziet een dergelijke nabloeding te behandelen. Hoewel zich natuurlijk gevallen voordoen, waarin deze klacht gerechtvaardigd is, blijkt toch anderzijds dikwijls bij meer nauwkeurige navraag, dat de patiënt zich primair tot de huisarts heeft gewend om hulp en zijn tandarts in deze heeft gepasseerd.

Voor de behandeling van een postextractionele bloeding is het noodzakelijk de wond zo droog mogelijk te maken en vervolgens nauwkeurig te inspecteren. Vrijwel altijd is de bloeding terug te voeren op een lesie van het slijmvlies, ontstaan bij de extractie en dientengevolge het openen van een bloedvat. Bloedingen uit de eigenlijke tandkas komen betrekkelijk weinig voor. Heeft men de plaats van de bloeding opgespoord, dan is een eenvoudige hechting meestal voldoende om de bloeding tot staan te brengen. Van injecties met calcium of vitamine K is weinig of geen effect te verwachten. Blijkt er, wat betreft bloedingen, een suspecte anamnese te zijn, dan is nader hematologisch onderzoek geboden. Het is zeker geen uitzondering wanneer hierdoor belangrijke afwijkingen aan het licht worden gebracht.