

RETENTIE DER VOLLEDIGE ONDERPROTHESE

DOOR

L. M. WILLEMSE.

Het is iederen tandarts bekend hoe moeilijk het is een behoorlijk vastzittende onderprothese te maken en eveneens hoe moeilijk het is voor den patiënt met zijn ondergebit te leeren werken. Patiënten bij wie het me gelukt is het stuk zóó vast te leggen, dat het aan alle kanten den éézijdigen druk schitterend doorstaat, zóó vast, dat het zelfs in verticale richting naar boven slechts met de grootste moeite gelicht kan worden, klagen in den aanvang nog, dat het bij het eten losgaat. Aan de articulatie werd de grootste zorg besteed; met blijvend contact op alle tanden en kiezen glijden de stukken bij de voorwaartsche en de zijdelingsche kaakbewegingen langs elkaar, waarbij zoowel onder- als bovenstuk dood rustig blijven liggen, maar zoodra opent de patiënt den mond niet om voedsel op te nemen, zoodra beginnen tong en wangen niet te werken of de adhaesie is verbroken en het stuk ligt los, al blijft het dan ook nog op zijn plaats. De oorzaak van het losgaan is het gemis aan mechanische bevestiging, het gemis aan retentie, die de kaak door zijn vorm kan bieden. Onbeweeglijk b.v. blijft een ondergebit zitten, indien de processus alveolaris zeer hoog en aan de linguale zijde een weinig ondersneden is.

Na de tallooze pogingen, die ik in het werk heb gesteld om enkel en alleen door adhaesie het ondergebit vast te leggen, blijft het voor mij een vraag of zulks mogelijk is, ondanks

het onvolprezen werk van Greene en de aangebrachte verbeteringen door Supplee, Tench, Hall etc. De praktijk ondersteunt mijn twijfel in zooverre, dat aan een onderprothese na den maaltijd immer spijsresten kleven in tegenstelling met het bovengebít, dat, wat de naar het gehemelte gekeerde zijde betreft, schoon uit den mond kan komen. Gelukt het ons echter het onderstuk zóó te bevestigen, dat het de proeven doorstaat als in den aanvang van dit artikel aangegeven, dan behoeven we niet bezorgd te zijn, want zulke gebíttene functionneeren ten slotte alle zonder onderscheid. Het geringe loszitten hindert den patiënt alleen in den beginne en weldra bemerkt hij het niet meer. Zelfs een groot percentage van die stukken, waarbij de zwaarste proef (weerstand bieden aan verticaal opwaartschen druk) niet gelukt, gaat na korteren of langden tijd goed, indien de kaak niet tot de allerongunstigste typen behoort en indien alle regels in acht genomen zijn, waaraan een gebít behoort te voldoen. Maar helaas, er zijn er ook, waarbij het min of meer sukkelen blijft en wel in die gevallen, waar de proc. alv. geheel is verdwenen en bedekt met een golvende slijmvlieslaag, terwijl tot overmaat van ramp de ligamenta en spieraanhechtingen reiken tot op den kam van de proc. alv. Het is vooral uit Amerika, dat den laatsten tijd stemmen komen, die er sterk op aandringen deze laatst genoemde hindernissen langs chirurgischen weg te verwijderen. Men snijdt of knipt de aanhechtingen zoover weg als noodig is en laat den patiënt gedurende eenige dagen een te voren gereedgemaakte plaat dragen, die het weder aangroeien verhindert.

Een steriel gaasje doet hetzelfde, indien men voor goede bevestiging zorgt, die op eenvoudige wijze verkregen wordt door een paar hechtingen te maken van het wangslimvlies naar het slijmvlies op de proc. alv. over het gaasje heen.

Evenwel zóó ongunstig kan de kaak niet zijn of het is mogelijk de onderprothese zóó te maken, dat ze eenzijdigen druk op alle tanden en kiezen toelaat, maar dan moet haar de grootst mogelijke uitgebreidheid gegeven worden, opdat

het gebit a. h. w. ligt ingebet in de omgevende weeke deelen van wangen en mondbodem. De labiale rand moet samenvallen met de *linea obliqua externa*; de linguale met de *linea mylohyoidea*, terwijl, wat buitengewoon gewichtig is, de achteruiteinden moeten reiken tot tegen den opstijgenden tak van de onderkaak. Dit laatste niet alleen om de prothese een goede afdamming te geven op het in den regel daar ter plaatse verdikte slijmvlies, maar tegelijk om te beletten, dat ze naar achter verschoven wordt. Voor zulke moeilijke kaken is een gipsafdruk of een eenvoudige stentsafdruk niet toereikend, maar moet de Greene-methode worden toegepast. Ondanks al deze inachtnemingen komt het voor, dat de patiënt niet geheel bevredigd is. Hij blijft te veel het schommelend gevoel houden; de prothese kan te gemakkelijk naar boven en naar voren verschoven worden. De middelen, die ons nog ten dienste staan, zijn veeren en zuigers, maar mogen er al personen zijn, die daarbij baat gevonden hebben, de bezwaren, ons allen bekend, zijn van dien aard, dat het meerendeel der patiënten er niet van gediend is.

Blijkbaar is er nu voor die wanhopige gevallen een nieuwe kans van slagen geopend in de methode, gepubliceerd door Bowen K. Bowen (*Dental Summary* Oct. '22) en onafhankelijk van dezen door Prof. Szabo uit Budapest (*Zeitschr. f. Stom.* Heft 1, 1923).

De retentie van het ondergebit wordt door deze heeren gezocht en gevonden aan de binnenzijde van den opstijgenden tak. Daar bevindt zich onmiddellijk achter het distale einde van de *proc. alv.* een kuiltje, de *fossa retro-alveolaris*, dat enkel bedekt is met periost en met slijmvlies, doch vrij is van spieraanhechtingen. Deze fossa wordt naar voren begrensd door de *linea mylohyoidea*, naar achter door de *lingula*, naar onder door de *sulcus mylo-hyoidea* en naar boven door het gedeelte van de *linea obliqua interna*, dat het *trigonum retro-molaris* begrenst.

Houden we speciaal deze laatste begrenzing in het oog, dan is de plek gemakkelijk te vinden. Immers we kennen deze

linea obliqua interna (ook wel genoemd crista buccinatoria of crista temporalis) goed uit de mandibulair injectie, daar ze de plaats aangeeft, waar we de naald in het slijmvlies steken. Direct onder en achter deze beenlijst ligt de fossa retro-alveolaris ongeveer ter grootte van een kwartje, doch bij seniele kaken niet grooter dan een dubbeltje.

Teneinde de retentie van het ondergebit te verhoogen, wordt de linguale zijde naar achter verlengd met een „vleugel”, die juist de fossa retro-alveolaris bedekt en een lichten druk uitoefent op het slijmvlies. In geen geval mag de vleugel grooter zijn dan de fossa, liever kleiner, want rondom de fossa liggen kwetsbare deelen en wel aan de onderzijde de nervus lingualis (slechts bedekt op die plaats door een dunne slijmvlieslaag), aan de bovenzijde het ligamentum pterygo mandibulare en aan den achterkant de m. pterygoideus int. Het is trouwens onnoodig een groote uitgebreidheid aan den vleugel te geven, want de houvast berust niet zoozeer op de meerdere adhaesie, die deze vergroting geeft, als wel op het feit, dat de binnenvlakte van den opstijgenden tak een hoek vormt met het lichaam van de onderkaak en derhalve de linker en rechter vleugel als een paar klammers grijpen om den ramus. Een zachte druk verdraagt het slijmvlies daar ter plaatse uitstekend. De druk wordt door de kauwactie niet vergroot daar immers de fossa zoo goed als loodrecht staat op de kauwvlakte. Zonder eenig bezwaar wordt dan ook deze verlenging van het gebit door den patiënt geduld, indien men er maar voor zorgt, dat de randen vrij blijven van de begrenzende spieren, banden en zenuwen. Het resultaat is, dat de prothese niet meer naar voren en lang zoo gemakkelijk ook niet meer naar boven gelicht kan worden. Snabo zegt er van: „Das tadellose Sitzen dieser Prothesen ist mitunter von der ersten Minute an frappant”.

Ten slotte de wijze van aanbrengen. Wie afdruk neemt à la Greene verlengt zijn basisafdruk met een stukje Kerr en drukt dit in weeken toestand op de juiste plaats, waarna hij den patiënt laat slikken. Wie zich van gips bedient, moet

zijn lepel met stents of tin verlengen tot aan den distalen kant van de fossa retro-alveolaris. Gelukt het niet op deze wijze een goeden afdruk te verkrijgen, waarover men zich niet al te licht moet verwonderen, dan make men liever eerst de prothese af en brenge daarna door middel van Kerr de vleugels aan, die dan bij een tweede vulcanisatie van het gebit bevestigd worden.

Szabo beoefent deze methode reeds sedert 1920 met succes, Bowen spreekt van honderden goede resultaten; deze berichten en de tevreden uitlatingen van eigen patiënten dringen me er toe den collega's deze methode warm aan te bevelen in voorkomende ongunstige gevallen.

N a s c h r i f t.

Nadat het bovenstaande reeds aan de Redactie was verzonden, kwam het Februari-nummer van *The Dental Cosmos* mij in handen, waarin ik van Dr. J. M. Wisan een opgetogen verhandeling over het zelfde onderwerp las.

Er bleek mij uit, dat ook nog een Dr. E. Neill de eer toekomt tot een der eersten te behooren, die op deze retentie van het ondergebite de aandacht vestigde; van hem is de naam fossa retro-alveolaris afkomstig. Om een zooveel mogelijk juisten afdruk van de fossa te verkrijgen en om de techniek te vergemakkelijken, construeerde Dr. Neill een afdruklepel met aan weerszijden aan den linguale achterkant een door scharnieren beweegbaar plaatje, dat de fossa bedekken kan. Ook een speciale afdrukmasse („Nebo" compound) oordeelde hij noodig en werd door zijn bemiddeling in den handel gebracht door *The Downey Co.* of San Antonio, Tex. En lepel en massa zijn vermoedelijk zeer geschikt voor de tandartsen, die niet de Greene-methode toepassen. Dr. Wisan beschrijft nauwkeurig de wijze, waarop het afdrucken met den bizonderen lepel geschiedt. Hij vervaardigt zijn onderstukken à la Fripp, dat wil dus zeggen, dat de prothese op den verkregen afdruk (in dit geval dus genomen met een specialen lepel) gereed wordt gemaakt en daarna aan de

binnenzijde wordt voorzien van een laagje Kerr-massa, waarmede opnieuw afdruk wordt genomen. De patiënt oefent vervolgens de verschillende spierbewegingen uit en de aldus gecorrigeerde afdruk is het beeld van de prothese na een tweede vulcanisatie.

Zoals boven door mij aangegeven volg ik Fripp niet, daar ik tot nu toe het voordeel zijner methode niet heb begrepen en kan dus zoowel afdruklepel als speciale afdrukmasa missen.

Het artikel van Dr. Wisan is de moeite waard gelezen te worden en de keurige juiste afbeeldingen toonen, beter dan beschrijvingen dit doen kunnen, de nauwkeurige plaats van de fossa retro-alveolaris en wijzen ons hoe een afgemaakte prothese er uitziet, voorzien van de beide „vleugels”.