

**ENKELE OPMERKINGEN IN VERBAND MET DE IMMEDIAAT-PROTHESE**

door *J. G. van der Ven*

Alhoewel ik een warm voorstander ben van de directe prothese, meestal immediaat-prothese genoemd, en dus iedere beschouwing over deze belangrijke methode toejuich, zo meen ik toch op een aantal minder juiste opmerkingen in de verhandeling van collega Guddé (T. v. T. Maart 1949) te moeten wijzen.

In het opstel wordt gezegd, dat de directe prothese een blijvende vervanging vertegenwoordigt, in tegenstelling tot een z.g. nood-gebit. Ik meen, dat dit in zijn algemeenheid niet juist is, daar een directe prothese na enige tijd van een nieuwe basis zal moeten worden voorzien, terwijl een nood-gebit zeker zo vervaardigd zal kunnen worden, dat ook door z.g. „rebasen" het nood-gebit tot blijvende prothese kan worden gemaakt, voor zover althans ooit van een duurzame vervanging kan worden gesproken.

De schr. betoogt, dat de resorptie van de processus alveolares na het aanbrengen van een directe prothese geringer is dan in de meer conservatief behandelde gevallen.

Alhoewel ook ik van mening ben, dat in vele gevallen de resorptie onder een directe prothese gering is, geloof ik niet dat de verklaring, zoals in het artikel aangegeven wordt, juist kan zijn. Er wordt n.l. gezegd, dat druk-atrophie een der oorzaken van de resorptie zou wezen en dat dit voorkomen wordt door de kauwdruk niet uitsluitend door de processus te laten dragen.

De schr. komt hier evenwel met zichzelf in tegenspraak als hij daarna de inactiviteits-atrophie behandelt en verwacht dat er een minimale resorptie zal optreden, indien de processus van het begin af aan „in het kauw-proces actief blijft betrokken". Indien dit laatste juist is, zou dit dus pleiten tegen het snel aanbrengen van een prothese, omdat bij het kauwen zonder prothese de activiteit van de processus alveolares toch altijd nog groter is. Verder wordt aangevoerd, dat de prothese wordt opgesteld met behoud van de oorspronkelijke verticale dimensie en dus een verandering van occlusiehoogte uitgesloten is.

Hier geloof ik dat men juist in omgekeerde volgorde dient te zeggen, dat door het bekend zijn van de occlusiehoogte de verticale dimensie gemakkelijker zou kunnen worden hersteld. (Zie hiervoor de uiterst belangrijke artikelen van John R. Thompson: *The rest position of the mandible and its significance to dental science*. J.A.D.A. Febr. 1946 en *Oral and Environmental Factors as Etiological Factors in Malocclusion of the teeth* A.J.o.O. January 1949).

Ook ik ben van mening, dat kans op infectie onder een directe prothese veel geringer is dan zonder bedekking, aangezien de prothese een beschadiging van

de nog verse extractie-wonden voorkomt. Deze opvatting is echter niet nieuw, daar Parreidt in zijn „Handbuch der Zahnersatzkunde“ (5e Auflage 1918) reeds vermeldt, dat in het Tandheelkundig Instituut der Berlijnse Universiteit na de totale extractie van de bovenkaak, een plaat uit doorzichtig celluloid werd gemaakt en geplaatst, om te verhinderen dat de extractie-wonden door de nog aanwezige elementen der onderkaak beschadigd worden.

Als voordeel wordt ook aangenomen, dat de directe prothese minder kostbaar zou zijn, dan het z.g. nood-gebit. Hiervan kan ik de juistheid niet inzien om de reeds in de eerste alinea van deze opmerkingen genoemde redenen. In het algemeen doen drukplaatsen zich eerst voor nadat de prothese één of meer dagen gedragen is.

Dat het weinig voorkomen van drukulcera onder een directe prothese het gevolg zou zijn van het feit, dat de processus zich in de zeer korte tijd, dat de anaesthesie na de extractie nog voortduurt, aan de prothese zou aanpassen, moet m.i. naar het rijk der sprookjes worden verwezen.

Tenslotte nog enkele opmerkingen over de techniek, zoals die door Collega Gudde uiteengezet.

Hij beveelt aan, om in de bovenkaak de molaren en praemolaren en in de onderkaak alle elementen precies tot aan de marginale randen weg te nemen. Waar evenwel het submucouse weefsel naast de elementen een zekere dikte heeft en dit weefsel na de extractie zal collabereren over de alveolusrand, zal de werkelijke toestand meer of minder sterk (afhankelijk van een reeds meer of minder sterke vormverandering van dit deel van de processus) verschillen van het gipsmodel. Met dit verschil zal rekening gehouden moeten worden, daar anders de prothese in de molaarstreek boven niet aansluit, terwijl in de onderkaak door dit niet aansluiten een slecht zittende prothese met grote kans op druk-ulcera wordt geplaatst. Men zie mijn beschouwing in het T. v. T. Februari 1946. In het genoemde artikel wordt eveneens ingegaan op de nadelen, verbonden aan het „opgeslepen front“, zodat ik hiertegen thans niet opnieuw stelling wil nemen.

Onder het opschrift „de extractie“, spreekt collega Gudde over „het systeem van der Ven“. Reeds eerder wees ik er op, dat de eer van deze vinding mij niet toekomt, doch allang in de literatuur is behandeld. (Zie o.a. Swenson: Complete Dentures; Pagina 520).

Tenslotte wijs ik er nog op, dat het gebruik van sulfanilamidepoeder zoals wordt aanbevolen, niet altijd zonder bedenking is. Vooral in de laatste tijd wordt tegen het zuiver prophylactisch gebruik van de verschillende chemotherapeutica herhaaldelijk gewaarschuwd. Overigens zij hier vermeld, dat reeds in 1943 Schene (Brit. M.J., blz. 106) een uitgebreide ontsteking van de slijmvliezen van oog, neus-, mond- en keelholte beschreef als gevolg van de toxische werking na locale applicatie van Sulfathiazol.

Ik meen, dat deze kanttekeningen bij enkele van de door coll. Gudde behandelde punten betreffen, niet achterwege mochten blijven; daar bij een werkwijze als door hem beschreven de grote voordelen van de directe prothese minder goed tot hun recht komen, terwijl verschillende theoretische beschouwingen, vooral wat betreft de resorptie der processus alveolares, de toets der critiek niet kunnen doorstaan.

Groningen, Mei 1949.