

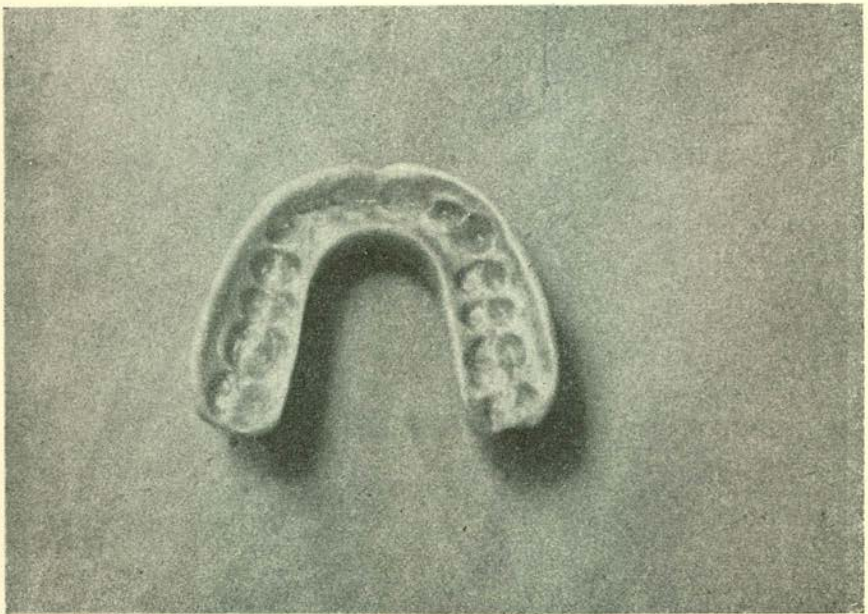
De voorbijtspalk

door P. Offermans

In het Septembernummer '49 van dit tijdschrift bespreekt Mevrouw M. de Boer onder meer enige methoden ter correctie van de dorsale positie van de onderkaak, naar aanleiding waarvan ik gaarne de aandacht wil vragen voor een apparaat, waarmee ik sinds enkele jaren goede resultaten boek.

Nog steeds vormt het jumpen van de onderkaak in ernstige gevallen van KI-II-relatie een probleem, waarover het laatste woord voorlopig nog wel niet zal zijn gesproken. Toch meen ik, dat we door de regelmatige toepassing van de *vestibulumplaat* een belangrijke stap in de goede richting zijn gekomen. Over de vele voordelen van dit praktische apparaat behoeft wel niet meer te worden uitgewijd. Wel echter wil ik het hebben over enkele nadelen, die ik er herhaalde malen mee ondervond, althans bij de wijze, waarop ik in dergelijke gevallen het apparaat toepaste.

De vestibulumplaat kan namelijk op verschillende wijzen worden



gebruikt: In de eerste plaats voor het afleren van enkele slechte gewoonten, als mondademhaling, het vingerzuigen [wanneer de psychische methode faalt] en het lipbijten.

In de tweede plaats ter *vroegtijdige* behandeling van door die gewoonten ontstane Kl.-II-afd. 1.-gevallen, en verschillende vormen van kaakvernuauwing, waarbij het apparaat in een geactiveerde stand wordt geplaatst, met de bedoeling, dat op deze wijze de physiologische kaakontwikkeling wordt bevorderd.

In de derde plaats kunnen we de vestibulumplaat gebruiken als jumping-apparaat *na* een actieve voorbehandeling van de afzonderlijke tandbogen.

Hoewel ik de vestibulumplaat in de eerste gevallen vaak met succes gebruik, wil ik het hier slechts hebben over de toepassing in het laatste geval.

Nadat eerst de boven- en ondertandboog in de juiste vorm werden gebracht, zodat het gebit na vooruitschuiven van de onderkaak in Kl-I-positie een goede occlusie vertoonde, werd een vestibulumplaat geplaatst, om de jumping uit te voeren.

Nadat deze op het zuivere model gemodelde vestibulumplaat gedurende enkele maanden was gedragen, bleek echter in verscheidene der door mij behandelde gevallen de expansie van de boven- tandboog in meerdere of mindere mate te zijn terug gelopen, waardoor de articulatie in de Kl-I-stand niet meer juist bleek te zijn. Dat dit een zeer nadelige factor is voor het behoud van de Kl-I-relatie, behoeft wel geen betoog! De verklaring van dit verschijnsel is eenvoudig: de molaren en praemolaren worden door de vestibulumplaat immers op geen enkele wijze na hun expansie getetineerd, terwijl de patiënt, overdag nog voortdurend in de oude stand bijtend, deze compressie bevordert.

Overigens lijkt het mij niet verstandig, om ter retentie van de afzonderlijke tandbogen met de oude apparaten, het plaatsen van de vestibulumplaat uit te stellen. Hierdoor schrijft de eventueel nog gunstige leeftijd voor een jumping voort en wordt dus kostbare tijd verloren.

Wanneer bovendien een geretrudeerd- of gedrongen onderfront [zoals zo vaak aanwezig bij deze afwijkingen] werd gereguleerd, alvorens de vestibulumplaat werd geplaatst, dan bleek eveneens, dat één of enkele onderfronttanden na plaatsing van dit apparaat weer iets terugliepen, vooral, wanneer het rotaties betrof.

De enige oplossing van deze euvelen zou te vinden zijn in het

plaatsen van vaste retentieapparaten in combinatie met de vestibulumplaat, of door de oude apparaten ter retentie overdag te laten dragen, terwijl 's nachts de vestibulumplaat haar werk doet.

Bij verschillende patiënten bleek voorts, dat zij met de vestibulumplaat niet of zeer moeilijk de mond in de gesloten stand konden houden, althans niet, zodra de slaap inviel. Hierdoor viel al spoedig de onderkaak omlaag en de oude kwaal — de mondademhaling — trachtte zich weer te herstellen, waarbij tevens de jumping in gevaar kwam.

Na geregeld te zijn teleurgesteld door deze bezwaren heb ik getracht een oplossing te vinden door de vestibulumplaat op een eenvoudige, voor de hand liggende wijze te modificeren, en wel door de plaat nu ook aan de linguale zijde van de tandbogen te laten doorlopen, zodat zij dus zowel langs de linguale vlakken der boven- en onderelementen, als langs een klein deel van palatum en linguale processus alveolaris aanligt.

Er ontstaat zodoende dus een *dubbele spalk*, welke *alle* elementen en een deel van de processi geheel omvat.

De gehele tandboog wordt nu volkomen gereteneerd, zodat wijzigingen in eventuele expansie en gereguleerd onderfront niet meer kunnen voorkomen, terwijl de mond veel gemakkelijker gesloten kan blijven, ook na het intreden van de slaap, zoals mij bleek. Hierdoor is dus ook de beoogde jumping gedurende de gehele nacht verzekerd.

Ik zou echter niet volledig zijn, wanneer ik niet ook een nadeel van dit apparaat noemde, dat mij enkele malen tegenwerkte bij de toepassing in wisselgebitten. De spalk bleek hier n.l. onbruikbaar vanwege de moeilijke aanpassingsmogelijkheid aan de nieuw doorbrekende praemolaren en canini. Vóór de wisseling van deze elementen en in het blijvend gebit bewijst het apparaat mij uitstekende diensten. Opvallend is wel, hoe gemakkelijk de patiënten al na enkele weken dragen de gewoonte krijgen om ook overdag in de juiste stand te bijten.

Na tweejarige ervaring is deze „*voorbijtspalk*” mij zo uitstekend bevallen, dat ik niet kan nalaten om op deze plaats enkele woorden eraan te wijden. Wanneer deze simpele variatie van een algemeen gebruikelijk apparaat als de vestibulumplaat slechts een kleine schrede op de lange weg naar de ideale jumpingmethode mocht blijken, dan is mijn moeite ruimschoots beloond.

Voor belangstellenden volgt hier nog in het kort de vervaardigingswijze:

Na ons terdege ervan te hebben overtuigd, dat de beide tandbogen volkomen in de beoogde vorm zijn gekomen, waarbij ook de diepe beet geheel moet zijn opgeheven, nemen we nauwkeurig afdrukken en maken we een wasbeet, door de patiënten in Kl-I-positie te laten dichtbijten.

De gipsmodellen worden met behulp van deze wasbeet in de juiste stand op elkaar gezet en met was vastgelakt, waarna de beetplaat zowel binnen als buiten de tandbogen wordt afgebroken of weggesneden.

Nu wordt tegen de vestibulaire zijde van tandbogen en processi alveolares een wasplaat aangelegd, welke wordt afgesneden en vastgelakt op enkele mm. boven- resp. onder de gingivale lijnen. Ik prefereer het om van te voren met een potloodlijn op de modellen deze randen aan te tekenen.

We laten de wasplaat doorlopen tot achter de eerste- of tweede molaar, waarbij de doorbraakstaat van deze molaren bepaalt, tot waar we de plaat laten doorlopen.

Aan de linguale kant van het model brengen we op dezelfde wijze een wasplaat aan.

Vervolgens wordt zowel boven- als ondermodel parallel aan het occlusale vlak doorgezaagd, waarna de wasranden overal goed sluitend worden vastgelakt.

Na stoppen in twee helften en polimeriseren wordt het apparaat afgewerkt.

Het is wel van belang, dat de gipsmodellen absoluut zonder luchtbellen worden uitgegoten, daar die bij het plaatsen grote moeilijkheden kunnen geven.

Arnhem, November 1949

Apeldoornseweg 45

SAMENVATTING

Daar bij het gebruik van de vestibulumplaat als jumping-apparaat enkele bezwaren optraden, heeft schrijver gezocht naar een verbeterde vorm, welke werd gevonden in een dubbele spalk, door hem genoemd „voorbijtspalk”. De wijze van vervaardiging wordt tevens beschreven.