

DEMONSTRATIE VAN EEN ORTHODONTISCHE AFWIJKING  
MET RUIMTEGEBREK IN HET VOORSTE GEDEELTE VAN DE  
TANDBOGEN, BEHANDELD DOOR MIDDEL VAN  
EXTRACTIES VAN MELKELEMENTEN

DOOR PROF. K. G. BIJLSTRA

De grote frequentie van de orthodontische afwijkingen, welke gekenmerkt zijn door te nauwe kaken ten opzichte van het aanwezige tandmateriaal en waarbij dus ruimtegebrek (vooral in het front) optreedt, is ook voor de algemene practicus van belang, omdat deze dagelijks in verband met zulke gevallen voor problemen wordt gesteld.

De oorzaken kunnen velerlei zijn. Dikwijls zijn ze van endogene aard (erfelijkheid, in verhouding tot de kaakgrootte, te grote elementen). Maar ook kunnen groeistoringen bij de aetiologie op de voorgrond staan (voeding, ziekten, praemature extracties enz.).

Hoewel gedurende de wisseling de groei in het voorste gedeelte van de boog vrij groot is, blijft in bepaalde gevallen de verwachte verbreding van de boog achterwege of manifesteert zich het ruimtegebrek eerst na de doorbraak en is dus in het melkgebit al latent aanwezig, dikwijls ondanks het feit dat er z.g. physiologische diastemen zijn.

Verder kan het ruimtegebrek nog tot uiting komen in de zijdelingse delen (te veel naar mesiaal ingestelde 1e blijvende molaren, distale resorptie van de 2e melkmolaren).

Wanneer deze afwijkingen niet tijdig worden onderkend en behandeld, kunnen verschillende typen van frontaal ruimtegebrek ontstaan (de bekende dakpansgewijs staande incisieven, rotaties alleen van de centrale incisieven, palatinaal of buccaal staande lateralen, ectostematische hoektanden, enz.).

De gevallen kunnen voorkomen zowel met disto- als neutro-occlusie van de 1e molaren. Bij de disto-occlusie gevallen is het ruimtegebrek meestal meer uitgesproken.

In het blijvende gebit zal men een keus moeten maken door te behandelen of door middel van expansie of door middel van extractie, gecombineerd met actieve behandeling.

De expansiemethode is een lange en moeilijke weg voor zowel tandarts als patiënt. Tevens moet dit dan op een leeftijd geschieden, waarbij de groeipotentie zeer is afgenomen en meestal kan niet verwacht worden dat de expansie tot een stabiel resultaat leidt.

Als extractie in het blijvend gebit noodzakelijk is, wegens de te geringe apicale basis, is de opgave technisch zeker niet gemakkelijk, vooral in gevallen met uitgesproken rotaties. Bijna ieder element moet verplaatst

worden en met de naar ik veronderstel meestal gebruikte plaatapparaatuur, moeilijk te volbrengen.

Het aangewezen tijdstip om deze anomalie, welke dan nog in statu nascendi verkeert, te behandelen, is op het moment dat de 8 incisieven zijn doorgebroken. Wanneer we de natuur observeren, zien we bij de doorbraak het volgende gebeuren — waarbij ik als voorbeeld de bovenkaak neem — óf de 4 incisieven breken in geroteerde stand door en resorberen hun voorgangers (de 4 melkincisieven), óf door het plaatsgebrek worden tevens de melkhoektanden geresorbeerd en zijn er vrijwel geen rotaties, dikwijls zelfs een centraal diasteem! Het imiteren van dit laatste type door tijdige extractie van de melkhoektanden werd reeds vijf en twintig jaar geleden door *Kjellgren* (Stockholm) geadviseerd.

De werkwijze is als volgt:

- 1e. het vaststellen van de aanwezigheid van de blijvende elementen (praemolaren, blijvende hoektanden) door een röntgenstatus.
- 2e. de stand van de doorbraak van hoektand en praemolaren controleren.
- 3e. op het moment dat de vier incisieven zijn doorgebroken (8—9 jaar) de melkhoektanden verwijderen. De rotaties van de incisieven verdwijnen dan meestal spontaan.
- 4e. een jaar later de 1e melkmolaar en daarna zo spoedig mogelijk de 1e praemolaar (vóór de algehele eruptie) extraheren. De hoektand kan dan de plaats van de 1e praemolaar innemen.

De extractie geschiedt bij gevallen met disto-occlusie van de eerste blijvende molaren alléén in de bovenkaak. Bij neutro-occlusie tevens in de onderkaak, waarbij *Kjellgren* aanraadt de extracties in de onderkaak iets later te verrichten dan in de bovenkaak.

De nu te demonstrenen patiënt heeft eerst een voorbehandeling nodig gehad, omdat twee laterale blijvende incisieven palatinaal doorbraken.

Bij deze patiënt is de stand van de bovenelementen inderdaad perfect te noemen, maar doordat iets te lang gewacht is met de extractie in de onderkaak, zal deze nog enige nabehandeling behoeven.

Zoals bij de meeste niet behandelde gevallen (het protruderen van de I's kan hier buiten beschouwing blijven, omdat dit in enige weken afliep), is de beet te diep. Ik geef daarom de voorkeur aan de combinatie: behandeling (diepe beet) en de extractie-methode. De gelijktijdige behandeling heeft nog een zeer belangrijk voordeel: men plaatst n.l. na de extractie plaatapparaten met schroeven en mesiale ankers om de eerste melkmolaren.

Men meet op de modellen èn in de mond nauwkeurig de ruimte tussen de eerste melkmolaren en de laterale incisieven (na de spontane correctie). Ziet men zonder expansie het diasteem groter worden, dan kan snel met de expansie worden begonnen en meestal lukt het dan wel plaats voor de hoektand te verkrijgen. Van belang is het daarbij tevens te zorgen, dat de 1e blijvende molaren niet naar mesiaal opschuiven. Men doet dus



verstandig, hetzij na distale afslijping van de 2e melkmolaren, hetzij na extractie van de 2e melkmolaar een mesiaal anker om deze 1e molaren aan te brengen. Zodoende kan het volle breedteverschil tussen melkmolaren en praemolaren worden benut.

De methode lijkt aantrekkelijk, doch stelt een grondige kennis van de groei en ontwikkeling voorop. Iedere extractie moet zorgvuldig worden overwogen.

Wanneer men bovenstaande in acht neemt, kan men dikwijls met een gering aantal visites een goed en blijvend resultaat bereiken.

Tenslotte geef ik enige contra-indicaties:

1. sterke rotaties, vaak congenitaal, waarbij eigenlijk geen sprake is van ruimtegebrek.
2. centraal diasteem (eerst sluiten, evt. frenulum-exstirpatie).
3. distaalwaarts geroteerde laterale incisieven door druk van cuspidaten op de wortels van deze incisieven.
4. hoektand ligt te veel mesiaal.
5. hoektand ligt zeer hoog, veel hoger dan de 1e en 2e praemolaren: de 2e praemolaar krijgt dan de gelegenheid op te schuiven (te voorkomen door space-maintainer of mesiale ankers om de 2e praemolaar aan de expansieplaat).
6. ruimtegebrek niet evident: *Expansie* en geen extractie, eventueel alleen met verwijdering van de melkhoektanden en mesiale ankers om de 1e melkmolaren.
7. een zeer diepe beet: spontane correctie is dan niet te verwachten.
8. *nooit* deze methode toepassen bij ruimtegebrek en kopbeet, pro genie of omgekeerde overbeet in het front.
9. bij disto-occlusie alleen in de bovenkaak extraheren, niet b.v. alleen in de onderkaak.
10. als de nauwe kaken direct in verband staan met adenoïde woekerin gen is expansie eventueel in combinatie met het laten springen van de sutura mediana van de bovenkaak te verkiezen (door specialist).