

UIT DE PRAKTIJK

GECOMBINEERDE CHIRURGISCHE EN PROTHETISCHE BEHANDELING VAN EEN OBTURATOR-PATIËNTE

DOOR J. J. KRUISBRINK

Bij patiënten, voor wie een obturator gemaakt moet worden, kunnen zich soms dusdanige moeilijkheden voordoen, dat het niet mogelijk is, met een prothetische behandeling alléén tot het gestelde doel te geraken.

Een geval met enkele typische complicaties was dat van Mej. A. (38 j.) die zich in September 1951 onder behandeling stelde voor de vervaardiging van een obturator.

Als kind was zij geopereerd voor een verhemelte-spleet en hazenlip.

Patiënte vertoont een onevenwichtigheid in het gelaat door een sterk terugstaande bovenlip, die nog geaccentueerd wordt door een iets te forse onderkaak. (fig. 10 en 11).

De bovenkaak is geheel tandeloos en uiteraard klein, vooral ten opzichte van de onderkaak (fig. 1), waarin alleen C, I₂, I₁ i.d. en I₁ i.s. nog aanwezig zijn.

In het rechter voorste gedeelte van de bovenkaak is een verbinding met de neusholte aanwezig (fig. 2) het palatum molle is te kort en weinig soepel; een afsluiting tegen de pharynx-wand is dientengevolge niet mogelijk.

Patiënte droeg gedurende vele jaren een volledige boven- en een partiële onderprothese; zij had geen last met eten, maar wel met spreken.

Tijdens een consult met Prof. J. W. A. T j e b b e s werd besloten, af te zien van een verdere chirurgische behandeling van het palatum (push-back) resp. afsluiting van het defect naar de neusholte in het frontale kaakgedeelte, hoewel dit ongetwijfeld het houvast voor een te maken prothese ten goede zou komen. Osteotomie van de onderkaak kwam niet in aanmerking, daar veel kans bestond, dat de energieke gelaats-uitdrukking plaats zou maken voor een verslapt expressie.

Het behandelingsplan werd opgemaakt en uitgevoerd als volgt:

Allereerst werden vervaardigd een partiële onder- en een volledige bovenprothese met pelotte ter afsluiting van het defect naar de neusholte. De fronttanden werden opgesteld in de „normale” klasse I.

In de frontale rand van de bovenprothese, die vóór de processus een aanzienlijke dikte kreeg, werden buisjes bevestigd, waarin een stel stekkerpennen paste. (Fig. 4 bovenaan).

Door Prof. T j e b b e s werd onder locale anaësthesie de bovenlip gemobiliseerd door middel van incisie in het vestibulum oris tot aan de processus zygomaticus, zowel links als rechts. De hierbij ontstane wondholte werd nu opgevuld met een pelotte van zwarte gutta percha, die door middel van de stekker op de frontale rand van de prothese bevestigd werd. (fig. 4 onderaan en midden). De bovenlip kon door deze pelotte



Fig. 1. Beetrelatie voor het begin van de behandeling

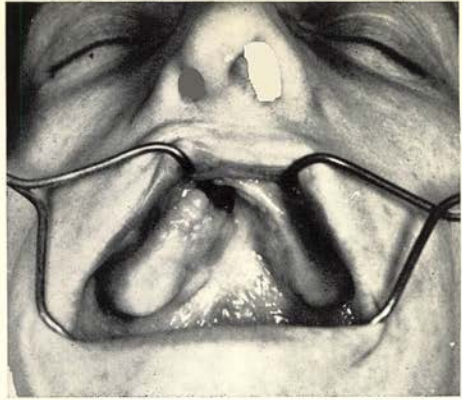


Fig. 2. Bovenkaak met frontaal palatumdefect



Fig. 3. Huidplastiek in het vestibulum oris, neuscorrectie (vgl. Fig. 2)

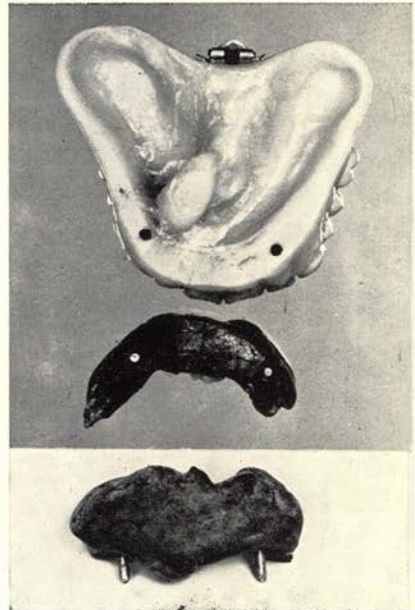


Fig. 4. Bovenprothese met afneembare frontpelotte en pelotte in het palatumdefect

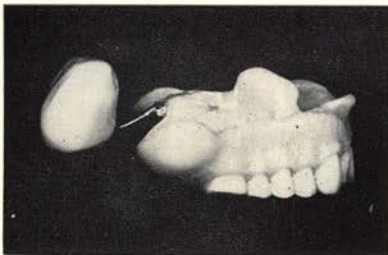


Fig. 5. Obturator met scharnierende staaf en klos

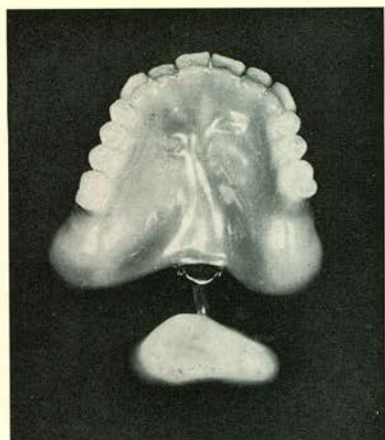


Fig. 6. Obturator met scharnierende staaf en klos

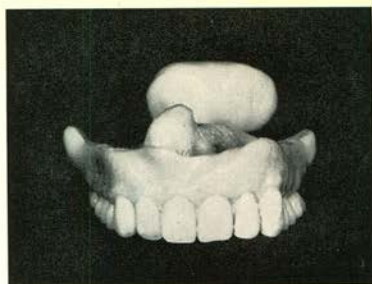


Fig. 7. Obturator, vooraanzicht

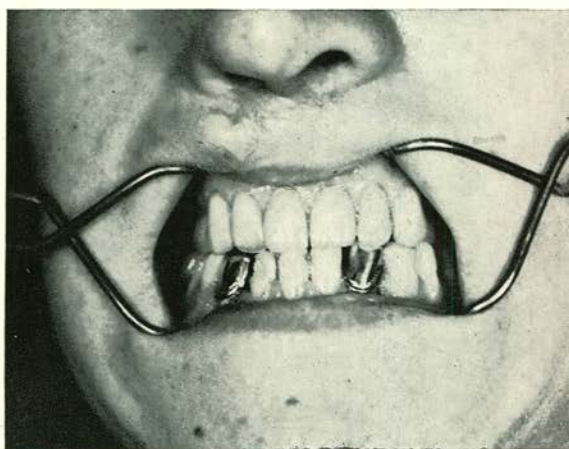


Fig. 8. Protheses in situ vóór correctie van het onderfront



Fig. 9. Na correctie van het onderfront. vgl. fig. 8



Fig. 10. Patiënte vóór behandeling



Fig. 11. Patiënte vóór behandeling



Fig. 12. Na beëindiging van de chirurgische en prothetische behandeling



Fig. 13. Als fig. 12. Vergelijk fig. 10 en 11



Fig. 14. Eindmodellen



Fig. 15. Eindmodellen



nu aanzienlijk naar voren worden gebracht. Om een schrompeling van het wondbed zoveel mogelijk tegen te gaan, werd de pelotte bekleed met Thiersch huidlapjes, die van het dijbeen werden genomen. De pelotte werd afneembaar gemaakt, omdat hierdoor de mogelijkheid gegeven was, de prothese geheel vóór de operatie klaar te maken.

In aansluiting aan deze behandeling werd door Prof. T j e b b e s een neuscorrectie verricht: de rechter-neusvleugel werd opgericht door overbrenging van het kraakbeen van de septumrand naar de rechter neusvleugeltop. (vgl. fig. 2 en 3).

In het verloop van enkele weken moest de front-pelotte enige malen worden verkleind, daar ondanks de huid-transplantatie het wondbed nog iets samentrok. Na drie maanden kon de zwarte gutta-percha pelotte vervangen worden door kunsthars. Prothese en pelotte werden nu één geheel. De prothese bleef goed zitten, waarbij de klos ter aanvulling van het met de neusholte in verbinding staande frontale palatum-defect en een onder de neus in het inmiddels geëpitheliseerde wondbed liggende extensie goede diensten bewezen (fig. 5).

De tijd was nu gekomen om voor het insufficiënte velum een obturator aan de prothese te bevestigen. De afstand tussen de te maken obturator-klos en de distale protheserand moest overbrugd worden door een staaf, die opwaarts scharnierend aan de prothese werd bevestigd en wel zó, dat een te ver doorzakken van de klos op de tong vermeden werd. Een starre verbinding tussen prothese en klos was in dit geval niet geïndiceerd. (fig. 5 en 6).

Door Mej. J. G. S c h u i r i n g a werd reeds bij herhaling gewezen op het grote nut, dat een scharnierende verbinding tussen klos en prothese kan hebben. Vooral bij patiënten met een te kort palatum molle heeft men vaak behoefte aan een scharnierende verbinding tussen klos en prothese.

Bewegingen door de klos, tijdens het spreken en slikken gemaakt, worden n.l. bij starre verbinding in hun volle kracht op de eigenlijke prothese overgebracht. De hefboomwerking door de bewegende vaste klos op een volledige prothese uitgeoefend verstoort dikwijls de retentie, terwijl indien er sprake is van een partiële prothese genoemde hefboomkrachten uiteindelijk overgebracht worden op de anker-elementen van deze prothese. Vooral bij obturatorpatiënten kan men op de nog aanwezige natuurlijke elementen en hun parodontia niet zuinig genoeg zijn. Het gevaar van overbelasting van de anker-elementen rechtvaardigt in zulke gevallen de iets ingewikkelder scharnierconstructie boven een vaste verbinding tussen prothese en klos. Daar in het onderhavige geval de bovenkaak tandeloos was zou uit stabiliteitsoverwegingen deze obturator naar mijn mening zonder scharnier niet bevredigend hebben kunnen functionneren. Tot meerdere retentie voor de prothese was het hier gewenst, de voorkant van de klos op het nasale vlak van het palatum molle te laten rusten.

Lang niet altijd is het noodzakelijk dat de achterste rand van de klos op de klassieke wijze aanligt ter hoogte van de wrong van Passavant. Ook hier werd groot voordeel verkregen door de plaats van de klos hoger, dus meer in de epipharynx te bepalen.

Nadat gebleken was, dat een en ander bevredigend functioneerde, werden de carieuze onderelementen voorzien van kronen, n.l. een vensterkroon op Cid en 3 aaneengesoldeerde stift-tanden op I₂, I₁ i.d. en I₁ i.s., waarvan de hoogte korter was dan van de oorspronkelijk aanwezige tandkronen. (vgl. fig. 8 en 9).

Het werd hierdoor mogelijk het incisale niveau van het bovenfront te verlagen en een ander verloop te geven, waardoor een beter aanzien werd verkregen bij het spreken en lachen.

Het verschil in uiterlijk van de patiënte vóór en na behandeling blijkt uit de foto's 10 en 11, resp. 12 en 13, terwijl de afbeeldingen 1, 14 en 15 de gips-modellen weergeven vóór en na de behandeling.

In aansluiting aan de behandeling kreeg de patiënte spraaklessen.

Brediusweg 71, Bussum