

## UIT DE PRAKTIJK

*Uit de orthodontische universiteitspolikliniek te Groningen*

*Hoofd: Prof. K. G. Bijlstra*

### DE BEHANDELING VAN DE Z.G. KLASSE II AFD. 1 MET DE COMBINATIE PLAATAPPARATUUR EN ACTIVATOREN \*)

met demonstratie van 7 patiënten

DOOR K. G. BIJLSTRA

Iedere tandarts ziet in zijn praktijk dagelijks — bij kinderen, zowel als bij volwassenen — de orthodontische afwijking, welke hij kent als Klasse II afd. 1.

De evidente verschillen in het uiterlijk van de patiënt bij deze anomalie, vergeleken bij één met een „normaal” tand- en kaakstelsel, vallen zelfs de leek op. De „aesthetische” kant is slechts één van de vele factoren waarmee men bij deze afwijking te maken heeft.

Afgezien van de lichamelijke en psychische conditie van de patiënt, de constitutie, mondademhaling, spraakafwijkingen welke met de Klasse II afd. 1 ten nauwste verband houden, kan men een dergelijk gebit functioneel onvolwaardig noemen. Prothetisch geeft het later aanleiding tot allerlei moeilijkheden, terwijl het bovendien geheel of gedeeltelijk ontijdig te gronde gaat door het optreden van parodontopathiën. *A n g l e* heeft reeds een vrij nauwkeurige beschrijving gegeven van het symptomen-complex, waardoor de tandarts geneigd is aan het gehele beeld iets onveranderlijks te verbinden, waarbij dan een min of meer gestandaardiseerde therapie zou behoren. Maar het aantal morphologische en aetiologische variaties is zo groot, dat men er met een schablone-behandeling niet komt.

Het stellen van de diagnose is bij deze afwijking niet gemakkelijk. Immers, dan weer ligt de onderkaak dorsaal, dan weer is de „schuld” van de Klasse II in de bovenkaak te vinden. Soms staan de onderelementen in retrusie, maar dikwijls ook geprotrudeerd. Gevallen met micrognathie van de onderkaak moeten onderscheiden worden van die met overontwikkeling van de bovenkaak. De compressie, welke in het ene geval uitgesproken is, vindt men bij andere gevallen nauwelijks. Ook bij het profiel zien wij bij nauwkeurig onderzoek vele variaties. De differentieel diagnose is verre van eenvoudig en menig geval is daardoor al tot mislukking gedoemd vóórdan er aan begonnen is. Voor de vluchtige en onvoorzichtige diagnose: „Klasse II” meen ik dan ook uitdrukkelijk te moeten waarschuwen. Op mijn kliniek wordt mede daarom niet van Klasse II, afd. 1 gesproken, maar wordt de anomalie ingedeeld in de grote groep van afwijkingen met te nauwe kaken en distomolaar occlusie (Klasse II occlusie) niet als het symptoom, maar als één van de symptomen beschouwd. *A n g l e* heeft

\*) Clinische avonden aan de Universiteit te Groningen.

in zoverre goed gezien, dat in het merendeel van de gevallen de oorzaak van de disto-occlusie een gevolg is van de dorsale positie van de onderkaak.

Om de afwijkingen met succes te kunnen behandelen zijn *minstens* vier factoren belangrijk:

1. de te nauwe kaken;
2. de diepe beet;
3. de sagittale overbeet in het front (de protrusie);
4. de dorsale ligging van de onderkaak.

Hierbij geeft het opheffen van de dorsale ligging van de onderkaak meestal de grootste moeilijkheden.

Een grote verscheidenheid van methoden wijst er op, dat er nog steeds geen communis opinio omtrent dit punt bestaat. Een zevental patiënten met bovengenoemde afwijking, die vervolgens zullen worden gedemonstreerd, is behandeld met een combinatie van plaatapparatuur en activatoren. Alleen voor de laatste fase van de behandeling, de ventrale beweging van de onderkaak, wordt de activator gebruikt. Op mijn kliniek is van een consequente toepassing van de activator, welke juist bij deze afwijking zeker evenzeer fraaie resultaten kan geven afgezien, omdat hier vele moeilijkheden voor de student liggen en bovendien omdat de behandeling met de activator op deze wijze toegepast te tijdrovend is.

Bij de bespreking van de gevallen wordt er steeds op gewezen, dat bij de voorbehandeling met plaatapparaten niet een vaste lijn is te volgen, maar dat in verband o.a. met de morphologische variaties, ieder geval zijn eigen therapie vereist. Bij een der gedemonstreerde patiënten werden b.v. 4 praemolaren ge-extraheerd.

Naast een zorgvuldige diagnose en juiste indicatie is medewerking van de patiënt een absolute voorwaarde. Het is opmerkelijk, dat slechts weinig patiënten de activator niet verdragen. Is dit laatste toch het geval, dan zal men een van de andere bekende middelen moeten gebruiken om de dorsaalstand op te heffen. Bij gevallen welke niet gunstig op de behandeling met activatoren reageren, zal allereerst nagegaan dienen te worden of de fout bij een ondoelmatige constructie van het apparaat kan liggen.

Resumerend kan gezegd worden, dat mislukkingen meer aan de uitvoering — waaronder begrepen de indicatiestelling en diagnose — dan aan de methode zelf zijn te wijten.