

PROTHESE NA TOTALE RESECTIE VAN DE BOVENKAAK

DOOR J. J. KRUISBRINK

Totale resectie van de bovenkaak behoort tot de bij uitzondering voorkomende ingrepen. In een overzicht, samengesteld door Pichler en Trauner werd bekendgemaakt, dat over een tijdsverloop van 10 jaren bij 132 patiënten, die wegens maligne tumor van de bovenkaak werden geopereerd, 10 gevallen voorkwamen waarbij beide bovenkaakshelften althans voor een groot gedeelte verwijderd moesten worden. In genoemd overzicht wordt alléén gesproken over geopereerde maligne tumoren. Inoperabele alsmede benigne tumoren en de alleen door middel van bestraling behandelde gevallen bleven hierin buiten beschouwing.

Gezien het feit dat tweezijdige resectie van een groot gedeelte van de bovenkaak slechts zelden wordt toegepast, moge in het navolgende een korte beschrijving gegeven worden van de behandeling en de prothetische verzorging van een dergelijk geval. De patiënt H. V., geboren in 1889, werd in 1952 geopereerd wegens een tumor die zich als een weke, paarsblauw verkleurde zwelling van het midden van de frontale rand van het palatum durum tot ongeveer drie centimeter naar dorsaal uitstrekte. De röntgenfoto vertoonde een defect van ongeveer drie centimeter grootte in de processus alveolaris ter weerszijden van de mediaanlijn. De mediale antrumwanden waren intact; de bijholten vertoonden geen afwijkingen. Na herhaald pathologisch anatomisch onderzoek bleef de diagnose bevestigd op: rhabdomyosarkoom, een uiterst zeldzaam voorkomende tumor (K. H. Thomas, G. Ward en J. Hendrick).

Tijdens de operatie — uitgevoerd door Dr. W. F. Wassink — werd door middel van electrocoagulatie het tumorweefsel radicaal verwijderd. Het ontstane defect omvatte het middenvoorstuk van het palatum durum en de processus alveolaris tot aan het palatum molle. Er waren geen halslymphkliermetastasen. De gehele neusbodem was dus verwijderd met een groot stuk van het vomer en de conchae inferiores sin. et dext. Einde 1953 werd patiënt verwezen voor het vervaardigen van een resectie-prothese. Bij onderzoek werd het volgende vastgesteld: de bovenlip, die sterk naar binnen staat (fig. 8) door het ontbreken van de benige onderlaag van de bovenkaak, vormt de frontale begrenzing van het defect als een beweeglijke weefselstreng. De distale defectrand wordt gevormd door de eveneens beweeglijke voorrand van het palatum molle dat overigens in zijn functies niet is gestoord.

De mediale antrumwanden, waarin toegangen tot het antrum duidelijk zichtbaar zijn, vormen de laterale begrenzingen van het defect. Aan weerszijden is nog een kleine rest van het tuber maxillare behouden. Naar de schedelbasis toe zijn een rest van septum en conchae zichtbaar (fig. 1). De onderkaak is tandeloos. Uiteraard heeft patiënt grote moeite met eten, daar aanmerkelijke hoeveelheden voedsel tussen conchae en septum achterblijven, terwijl bovendien het teruglopen van vloeistoffen door de neus hem buitengewoon hindert. Psychisch wordt hij wel zeer zwaar belast door het feit dat de spraak vrijwel onverstaaubar is, waardoor hij zich dikwijls genoodzaakt ziet, datgene wat hij zeggen wil op te schrijven. Het is wel duidelijk dat retentie voor een voor deze situatie te vervaardigen prothese met klos zonder bijzondere hulpmiddelen niet is te bereiken. Gewoonlijk tracht men dergelijke moeilijkheden op te lossen door toepassing van de z.g. protheseveren, die echter door de patiënt in het algemeen als onaangenaam worden ondervonden, terwijl zij bovendien nog wel eens het euvel vertonen te breken of in een scherpe hoek te knikken, waardoor van veerwerking geen sprake meer is.

Bovendien is het niet zo eenvoudig als het wel lijkt om het juiste punt in de prothese te bepalen waar de veerdragers moeten worden aangebracht. Wanneer het draaipunt van de veer in de prothese te ver naar voren of naar achteren wordt geplaatst ontstaan — althans voor een resectieprothese — ongewenste bijwerkingen van de veer, tengevolge waarvan de prothese niet alleen in verticale richting tegen de processus wordt gedrukt maar tegelijkertijd naar voor- of achterwaarts wordt geschoven. Wanneer bovendien de distaalwaarts gerichte bocht van de veer niet geheel vrij ligt, blijft er van de gewenste verticale druk op het aangrijpingspunt bij de veerdragers niet veel meer over.

Voor de *immediaat*resectieprothese voor de bovenkaak, die direct na de operatie zonder klos geplaatst wordt, kan men de protheseveren als hulpmiddel meestal niet missen. Voor de *definitieve* resectieprothese echter blijft het streven om bij het opbouwen van de klos te zoeken naar retentie in de defectholte, waardoor de protheseveren dikwijls achterwege kunnen blijven.

In het hier beschreven geval lagen de retentiemogelijkheden alleen in de distale rand, gevormd door de voorzijde van het palatum molle, en de frontale weefselstreng, gevormd door de bovenlip. Met deze mogelijkheid voor ogen werd als volgt tewerk gegaan:

Op de gebruikelijke wijze werden met behulp van individuele lepels afdrukken genomen. Het defect in de bovenkaak werd op een duplicaatmodel aangevuld tot ongeveer een halve centimeter beneden de rand (fig. 2). Men is dan in staat een beetplaat te maken met een lage, ongeveer in het defect passende opbouw in was. Hoewel deze beetplaat uiteraard weinig houvast bood, was het toch met enige moeite wel mogelijk beet te bepalen en een opstelling te passen.

Wanneer de prothese in kunsthars afgemaakt zal zijn moet hij opgebouwd kunnen worden met zwarte gutta-percha ter gedeeltelijke aanvulling en afsluiting van het defect. Daarom werden van tevoren

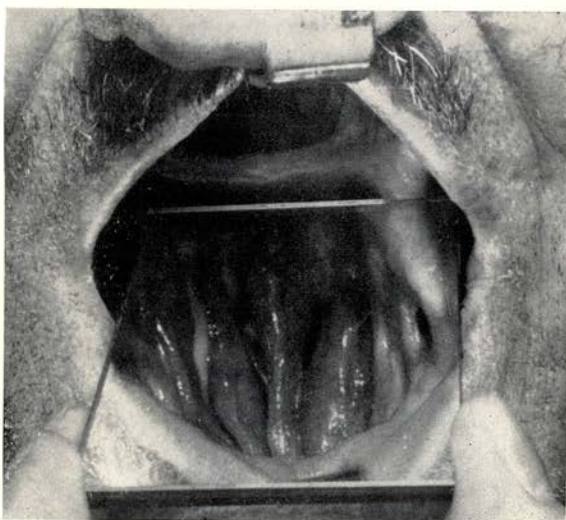


Fig. 1

Defect in de bovenkaak met behulp van een spiegel gefotografeerd; conchae en septumrest in het spiegelbeeld zichtbaar, evenals een opening die toegang geeft tot het linker antrum. Even boven de spiegelrand de voorrand van het palatum molle

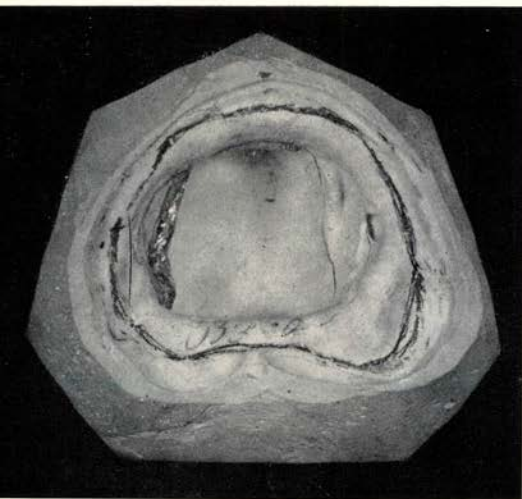


Fig. 2

Model van het defect in de diepste gedeelten opgevuld met gips

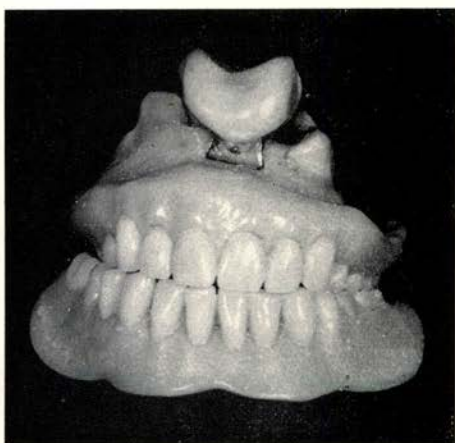


Fig. 3

Voorraanzicht van de prothese waarop zichtbaar is de naar boven toe convergerende „lade”, waarin de frontpelotte van voren naar achteren schuiven kan

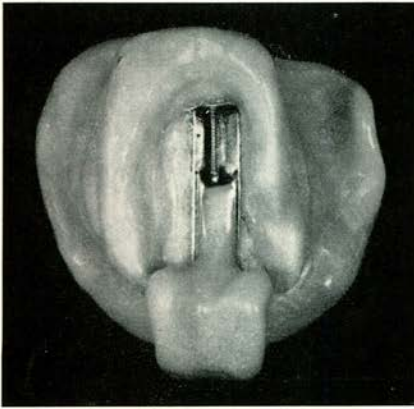


Fig. 4
Frontpelotte maximaal naar voren gedrukt door de om een stift gewonden veer

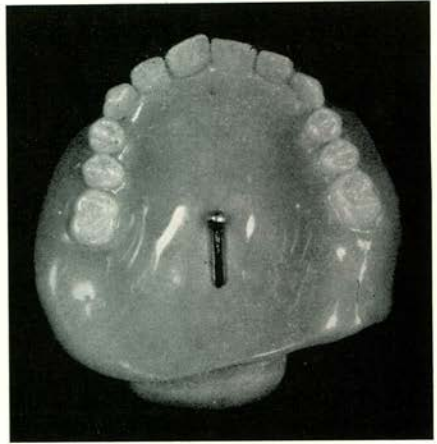


Fig. 5
Onderaanzicht van de prothese met het knopje waarmee de patiënt de frontpelotte kan verschuiven



Fig. 6
Zijaanzicht van de prothese. Distaal de pelotte die steunt op het palatum molle; de frontale pelotte in teruggeschoven toestand



Fig. 7
Idem als fig. 6; de frontale pelotte naar voren geschoven



Fig. 8

Zijaanzicht van patiënt zonder prothese



Fig. 9

Zijaanzicht van patiënt met prothese

in de wasprothese staallussen aangebracht langs de laterale en distale rand van de resectieholte.

Op het nasale vlak van de inmiddels afgemaakte prothese werd nu distaal aan deze staallussen een pelotte in zwarte gutta-percha gevormd, die steunt op het palatum molle, zodanig dat de prothese distaal op zijn plaats wordt gehouden. De laterale zijden kunnen eveneens opgebouwd worden in hetzelfde materiaal.

Daar het niet mogelijk zou zijn met een vaste pelotte — rustend op de bovenlip — de prothese in te brengen, werd deze tweede retentiepelotte schuifbaar gemaakt. Hiertoe werd in het nasale vlak van de wasprothese een soort naar boven toe convergerende „schuiflade”-constructie aangebracht van roestvrij staalplaat (fig. 3). Een eveneens met staalplaat gevoerd kunstharsblokje kan hierin van voren naar achteren schuiven. Door middel van een veertje — gewonden om een tot in het blokje doorlopende stift — wordt dat schuivend blokje altijd in zijn meest frontale stand gedrukt (fig. 4). Hieraan nu werd de frontale pelotte opgebouwd, aanvankelijk ook in zwarte gutta-percha.

Een door de prothese heengevoerd stiftje met knop (fig. 5) stelt de patiënt in staat zelf de frontpelotte naar achteren te schuiven, teneinde de prothese uit te nemen of weer te plaatsen (fig. 6 en 7). Nadat het apparaat korte tijd gedragen was, werden prothese en pelottes gevoerd met S.S.W.-pasta en „rebased” teneinde een zo nauwkeurig mogelijke afsluiting te verkrijgen. Van de op de bovenlip steunende pelotte, die in de neus uitsteekt, werd van boven zoveel afgenomen, dat voldoende luchtpassage via de neus mogelijk is.

Patiënt kan, naar hij mededeelde, „alles eten”. De spraak is aanmerkelijk verbeterd. De foto's 8 en 9 tonen het uiterlijk voor en na de behandeling.

Bussum, Brediusweg 71

Literatuur:

- A. J. A c k e r m a n, The prosthetic management of Oral and Facial defects following Cancer Surgery (Journal of Prosthetic Dentistry, May 1955).
- J. R o y B o u r g o y n e, Oral Cancer. 1954.
- E. B a n g e r, Die Resektionsprothese für den Oberkiefer beim Zustand nach totaler O.K. resektion (Dtsch. Z. Z. 7 : 910, 1952). Ref. T. v. T. 1953, blz. 578.
- O. H o f e r, Die vereinfachte Herstellung der zweigeteilten O. K. res. prothesen aus Kunststoff. (Dtsch. Z. Z. 8 : 82, 1953) Ref. T. v. T. 1953, blz. 576.
- M a r z o d k o, Über die Versorgung van Oberkieferdefekten unter besonderer Berücksichtigung der Herstellung hohler Resektionsprothesen und Obturatoren aus Kunststoff. (Z. Stom. H. 21, 1942).
- dezelfde, Neueres zur Orthopädischen Behandlung grosser Gesichts- und Kieferdefekte. (Z. Stom. H. 11, 12, 13 en 14, 1944).
- H. P i c h l e r u n d R. T r a u n e r, Mund und Kieferchirurgie, 1948.
- K. H. T h o m a, Oral Pathology, 1950.
- G r a n t, W a r d, a n d J a m e s H e n d r i c k, Tumors of the Head and Neck, 1950.