

## UIT DE KLINIEK

*Uit de mondheilkundige Universiteitskliniek te Groningen*

*Hoofd: Prof. M. H u t*

### DEMONSTRATIE VAN EEN PAAR GEVALLEN VAN CHIRURGISCHE PROTHESE IN DE BOVENKAAK \*)

DOOR C. H. SWITZER, assistent

Vanavond zal ik u een drietal patiënten demonstreren met een gedeeltelijke resectie van de bovenkaak, welke plaats vindt bij patiënten, die lijden aan een maligne tumor van de maxilla of sinus maxillaris. De totale verwijdering van het tumorweefsel tot in het gezonde weefsel is ook in bovengenoemde gevallen geïndiceerd, maar is door de anatomische verhouding in dit gebied vaak uiterst moeilijk door te voeren.

Teneinde een goed overzicht te verkrijgen van het operatiegebied, wordt van buitenaf geopereerd en niet vanuit de mondholte. De incisie wordt gelegd door het midden van de bovenlip, via de onderkant en laterale zijde van de neus naar de mediane ooghoek en eventueel langs het onderste ooglid doorgetrokken naar lateraal.

Nadat de weke delen weggeklapt zijn en aldus een goed overzicht van het operatieterrain verkregen is, wordt de maxilla of een deel ervan verwijderd.

Een dergelijke ingreep laat een groot defect achter, ten gevolge waarvan bij de patiënten stoornissen ontstaan, die berusten op de abnormale communicatie tussen mond- en neusholte.

De moeilijkheden, waarmee deze patiënten te kampen hebben zijn de volgende:

- 1e. Bij de spraak: er ontstaat een nasale spraakklank, de zgn. rhinolalia aperta.
- 2e. Bij de voedselopname: zowel voedsel als vloeistof dringen in de neusholte en komen veelal door de neus naar buiten.
- 3e. Bij het slikken.

Om met een chirurgische prothese de gewenste resultaten zoveel mogelijk te benaderen, behoort er een goede samenwerking te bestaan tussen chirurg en tandarts.

Er zijn enkele auteurs, die wijzen op het belang de chirurgische prothese tijdens of in ieder geval vlak na de operatie te plaatsen, ten einde de ergste contractie van het littekenweefsel te verhinderen.

\*) Bijdrage voor de klinische avond voor tandartsen te Groningen; 7 oktober 1955.

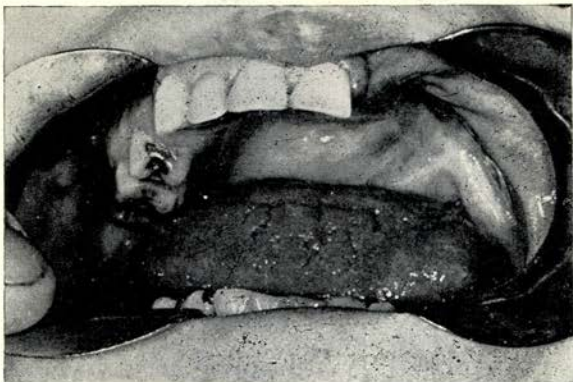


Foto 1

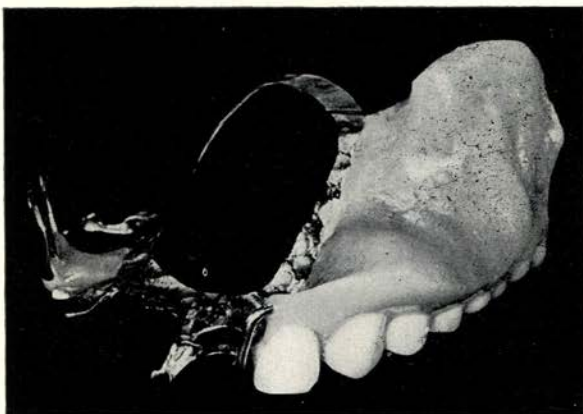


Foto 2

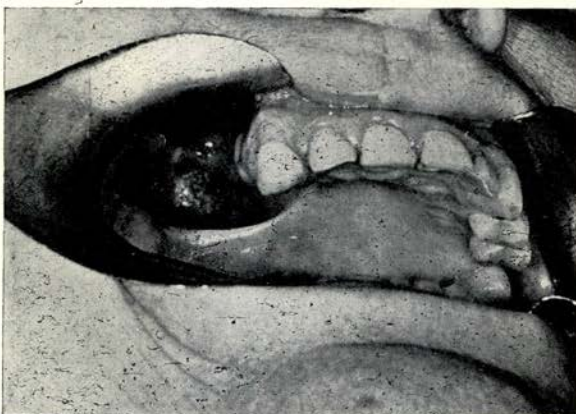


Foto 3



Foto 4

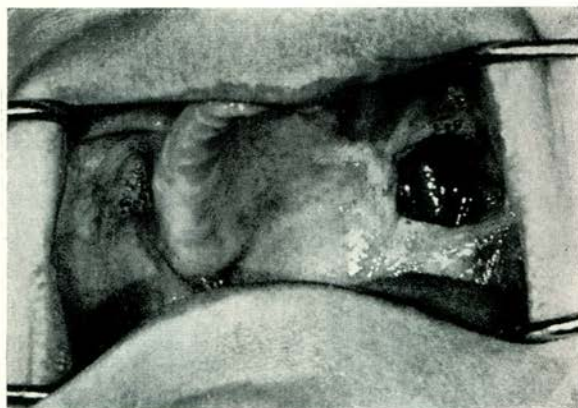


Foto 5

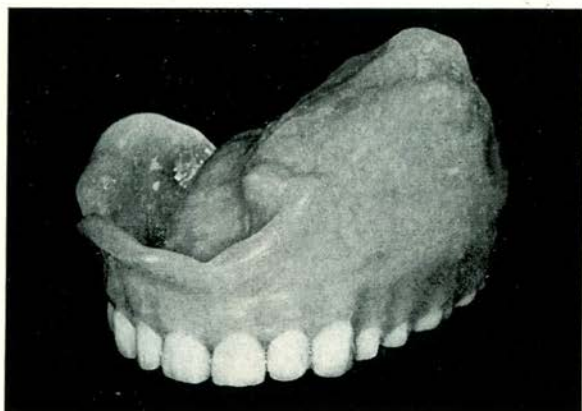


Foto 6

In tandheelkundig opzicht bieden dit soort protheses een probleem, omdat tengevolge van het defect in de maxilla de belangrijke factor ontbreekt, welke normaliter voor een groot deel de retentie van onze bovenprothese bepaalt, n.l. de zuigkracht. Het is daarom van het allergrootste belang de elementen in het overblijvende kaakgedeelte voor de verankering van de prothese te behouden. Doordat in het defect de gehele onderlaag niet aanwezig is, hetgeen de stabiliteit van de prothese buitengewoon schaadt, wreekt het ontbreken van verankeringsmogelijkheden op het restgebit zich bij de chirurgische prothese dubbel.

Het principe, dat men steeds voor ogen moet houden bij het vervaardigen van een chirurgische prothese is eenvoud. Immers, het apparaat moet door de patiënt gemakkelijk te verwijderen zijn, om het regelmatig schoon te kunnen maken.

Is de afsluiting tussen neus- en keelholte door de prothese hersteld, dan zijn de bovengenoemde bezwaren meteen weer verdwenen. De moeilijkheid is nu, dat de prothese voldoende op zijn plaats blijft, zodat de afsluiting ook tijdens het eten en spreken niet verloren gaat. Om het gewicht te verminderen, wordt de klos dikwijls hol gemaakt, hetgeen speciaal van belang is bij patiënten met een tandeloze kaak.

Soms, b.v. als de orbitabodem ook vervangen moet worden, kunnen er moeilijkheden ontstaan bij het inzetten van de prothese, daar de klos dan in verticale richting ver uitgebouwd is. In dit geval kan dan de klos uit diverse delen samengesteld worden, die stuk voor stuk in de resectieholte geplaatst kunnen worden. Mocht tengevolge van contractie van littekenweefsel de mondopening zodanig beperkt zijn, dat de prothese niet in en uit de mond kan gebracht worden, dan kan het ook nodig zijn een prothese te construeren, zoals boven beschreven is.

Het grote voordeel van de behandeling met een chirurgische prothese boven het plastisch sluiten van het defect, bestaat hierin, dat eerstgenoemde uitneembaar is, zodat men de resectieholte kan overzien en eventueel lokaal recidieven vroegtijdig ontdekken en behandelen.

In tegenstelling tot patiënten met aangeboren defecten van het palatum, zijn bij patiënten met verworven defecten, nadat deze prothetisch gesloten zijn, geen spraaklessen nodig. Deze patiënten zijn vrijwel altijd uiterst dankbaar, daar zij met hun prothese weer normaal in de maatschappij kunnen verkeren.

Ik wil niet eindigen zonder er nogmaals op te wijzen, dat het de taak is van ons, tandartsen, om bij deze patiënten het restgebit op een uiterst consciëntieuze wijze te behandelen, opdat voor hen een zo bruikbaar mogelijk apparaat kan worden vervaardigd.

Foto 1 en 2. Mevrouw A.Z.-W. (P.K. 1955/106) werd op 13-1-'55 door haar tandarts doorgestuurd naar de mondheelkundige kliniek, daar zij sedert geruime tijd een zwelling had aan de linker bovenkaak, welke na de extractie van de P<sub>1</sub>ss niet in omvang afnam.

Zowel klinisch als röntgenologisch werd de diagnose gesteld op een radicaulaire cyste, welke achtergebleven was na de extractie van de P<sub>1</sub>ss. De patholoog-

anatomy stelde op het opgezonden weefsel echter de diagnose: planocellulair carcinoom.

Op de afdeling heekkunde, Prof. E e r l a n d, werd een gedeeltelijke resectie van de linker bovenkaak uitgevoerd en op 4-4-'55 bleek de mondopening nog erg beperkt te zijn; patiënt kreeg het advies om met een Heisterse klem te oefenen en twee maanden later was de toestand zoveel verbeterd, dat de chirurgische prothese kon worden geplaatst.

Foto 3 en 4. Mevrouw H. T.-d e W. (P.K. 1955/1717) werd september 1954 geopereerd door professor H u i z i n g a aan een planocellulair carcinoom uitgaande van het antrum Highmori, welke zich uitstrekte tot in het os etmoidale. Bij de resectie werd ook een groot deel van de maxilla verwijderd, welk defect gesloten werd door middel van een chirurgische prothese, die september 1955 definitief werd geplaatst.

Foto 5 en 6. Mevrouw A. K.-d e V. (P.K. 1954/2650) werd op 3-6-1954 geopereerd aan een recidief van een planocellulair carcinoom der linker bovenkaak door professor H u i z i n g a. Patiënte droeg reeds vóór de operatie een totale prothese. De halve bovenkaak werd gereceerd en hiervoor werd een prothese vervaardigd, die 15-11-1954 werd geplaatst.

*Literatuur:*

- E. B a d e n: Oral surgery, oral medicine and oral pathology, sept. 1954, 919.  
R. N. A p p l e m a n: Oral surgery, oral medicine and oral pathology, nov. 1951, 1363.  
P i c h l e r u n d T r a u m e r (1948): Mund- und Kieferchirurgie, Teil II, 402.  
M. P s a u m e e n L. B o u t r o u x (1950): Restauration et prothèse maxillo-faciales, 329.