

De tweede patiënt, die wij U willen tonen is een jongetje van zeven jaar, waar een half jaar geleden door de beet van een paard, de linker oorschelp volledig verloren ging (afb. 7 en 8).

Met de plastisch chirurg (Dr. A. J. C. HUFFSTADT) werden de mogelijkheden tot herstel van het ontstane defect besproken. Aangezien een chirurgische reconstructie vele bezwaren had, werd besloten een prothese te vervaardigen.

Er werd een afdruk met gips genomen van de uitwendige gehoorgang en het omliggende huidgebied. Hetzelfde geschiedde aan de rechterzijde. Hier werd de afdruk echter genomen met een laagje dun aangemaakt plastisch materiaal, met daaromheen een gipsmantel (de afdruk zou anders niet van het oor met zijn vele ondersnijdingen te verwijderen zijn). Het afgietsel van dit oor diende als voorbeeld voor de te modelleren oorprothese.

Het oor werd in was gepast en na enige kleine correcties geperst in kunsthars.

De bevestiging van een kunstoer kan op drie wijzen geschieden:

1e. Door middel van een brilmontuur.

2e. Rondom de uitwendige gehoorgang worden één of twee buislapjes gemaakt.

Door middel van extensies aan de prothese, die onder de buislapjes worden geschoven, wordt het kunstoer gefixeerd.

3e. Eventueel komt ook een vitallium implantaat in aanmerking.

De ouders van de patiënt hadden tegen een chirurgische ingreep bezwaar, zodat het kunstoer, dat afsteunt in de uitwendige gehoorgang, door een brilmontuur tegen het hoofd wordt gefixeerd. (afb. 9, 10 en 11)

## UIT EN VOOR DE PRAKTIJK

### PROTHETISCHE KLEINIGHEDEN

Het mondslijmvlies is uit hoofde van zijn aangepaste structuur weinig gevoelig voor mechanische insulten, waaraan het herhaaldelijk is blootgesteld. In geïrriteerde toestand daarentegen kan het een buitengewone pijnlijkheid vertonen. Deze ervaring dient men indachtig te zijn waar het laesies betreft, ontstaan door en onder protheses. Daarbij mag evenmin worden vergeten dat voortdurende en toenemende pijnlijke gewaarwordingen naast humeurbedervend vaak ook demoraliserend werken. Het verhelpen van drukplaatsen is dan ook een handeling, die met alle aandacht dient te worden verricht, d.w.z. meer aandacht dan nodig is om de patiënt – voor het ogenblik althans – tevreden te stellen.

Het blijkt namelijk telkens weer dat, na een correctie van een pijndoende protheserand, de patiënt onder de suggestie van de manipulatie merkbare verlichting constateert. Wat hij of zij dan nog aan gevoeligheid waarneemt wordt doorgaans toegeschreven aan de overtuiging dat de plek natuurlijk geïrriteerd is en hieruit de resterende pijn moet worden verklaard. Hoe goed bedoeld en voor de tandarts een welkome aanleiding om de patiënt te laten vertrekken, zo kan men er niettemin zeker van zijn de oorzaak niet afdoende te hebben weggenomen. Het is onze taak de correctie van de rand(en) zo vol-

ledig mogelijk uit te voeren. Het resultaat daarvan is gelegen in de zonder voorbehoud (zie boven) geuite verklaring dat nergens meer pijn wordt ondervonden. Want zelfs al zou men de oorzaak van de drukplaats hebben opgeheven, dan bestaat altijd de mogelijkheid dat een andere aan de waarneming is ontsnapt. Wil de patiënt de zere plek aanwijzen, dan uitsluitend met de tongpunt, diens vinger belemmert elke blik. Een waarschuwing zijnerzijds als men de pijnlijke plek passeert geeft goede aanwijzing voor nauwkeurige observatie. Alleen door gebruik van kleurstof en het daarmee aan de (kurkdroge) protheserand merken van de pijnverwekkende plaats voorkomt men overdreven correcties. Ook is het zaak om door verwijding en niet door drastische verkleining van de rand naar opheffing van de drukgevoeligheid te streven; de dikte ervan dient daarop berekend te zijn. Menige bovenprothese heeft door een dusdanige besnoeiing van de buccale randen de ventielwerking en dus het houvast ingeboet.

Een punt van speciale zorg vormen de diffuse gevoeligheden. Men lette vooral op roodkleuring van het slijmvlies ter hoogte van de buccale en labiale protheseranden, een bewijs dat deze druk uitoefenen, derhalve te lang zijn of onvoldoende gerond en gepolijst.

Gevoeligheid van de kaakkam, doorgaans zonder zichtbare reactie, vindt zijn oorzaak in onevenredige occlusale druk. Digittale aanraking wijst uit dat het slijmvlies op de benige onderlaag wordt gekneld. Men bega nimmer de onvoorzichtigheid om correctie te zoeken aan de overeenkomstige plaats van de prothesebasis; dit neemt de oorzaak niet weg maar bederft alleen de pasvorm. Het verdient aanbeveling om eerst door vergelijking van de intensiteit der blauwkleuring tussen linker- en rechterzijde (dit is alleen mogelijk met *dun* articulatiepapier) een eventuele overbelasting op te sporen. Is dit het geval, dan dienen de schuldige antagonistische knobbels te worden genivelleerd. Het is vaak verrassend hoe het beslijpen van één enkele facet de laatste hardnekkige sporen van diffuse gevoeligheid kan doen verdwijnen.

Wil men dit alles doen zonder de occlusie en articulatie te verstoren, dan moet met het slijpen behoedzaam te werk worden gegaan en dat kost tijd. Men is in de praktijk niet steeds gewoon om aan correcties meer dan enkele minuten te besteden. Het voordeel van een meer omvattende aandacht is echter daarin gelegen, dat het aantal bezoeken tot een minimum wordt terug gebracht, hetgeen ook tijd bespaart, en de adaptatieperiode aanmerkelijk wordt verkort.

*Pijnlijkheid bij het slikken*, waarbij de patiënt gemeenlijk aan de buitenzijde de plaats tracht aan te wijzen, vindt zijn oorzaak in een te ver dorsaal reikende onderprothese, ofwel het slijmvlies wordt bij de desbetreffende keelspiercontracties tegen de distolinguale rand gekneld. Nauwkeurig onderzoek geeft doorgaans een duidelijk beeld van plaats en uitbreiding, zomede de inkorting, resp. de verruiming die ter plaatse aan de prothesebasis moet worden aangebracht. Het laten slikken tijdens de verstijving van het afdruk materiaal kan overigens het optreden van deze drukplaatsen goeddeels voorkomen.

*Drukulcera* aan de distale rand van de bovenplaat zijn in de regel het gevolg van een scherprandige of in overdreven vorm uitgevoerde postdam. Hierbij wordt niet gedacht aan de verwondingen, die het gevolg zijn van onoordeelkundig gekozen plaatsing (vóór de a-lijn op het harde gehemelte) of druk tegen de hamulus pterygoideus. Men dient overigens wel te bedenken dat de beoogde en teweeggebrachte afdichting vaak slechts tijdelijk is vanwege de aanpassing van het slijmvlies en het dientengevolge verdwijnen van de weefselspanning tegen de protheserand.

*Onvoldoende retentie* van een bovenprothese wordt vaak mede veroorzaakt door onvoldoende distale uitbreiding van de gehemelteplaat. Men bedenke dat het eenvoudiger is een teveel dan een te weinig te verhelpen. Dit laatste kan een *da capo* betekenen. Omvatting van de tuberositas – indien aanwezig – mag ter wille van een goede en maximale retentie nimmer worden verwaarloosd.

Bij *retentietekort* van een bovenprothese doet men goed om niet onder de suggestie te geraken van de eenvoud van rechtstreekse methoden en de daarvoor aanbevolen materialen om met behulp daarvan de kennelijke discongruentie tussen de prothesebasis en de configuratie van de bovenkaak te vereffenen. De overmaat van druk bij aanmerkelijke resiliëntieverschillen tussen de onderscheidene gebieden van kaak en gehemelte leidt gemakkelijk tot een gedistordeerde vormgeving. Dit verklaart het uitblijven van het gehoopte houvast.

Het gaat hiermee als met alle andere, theoretisch wel waterdichte maar in de praktische uitvoering vaak teleurstellende, eenvoudige werkwijzen. Om dezelfde bovengenoemde reden. Alleen „rebasen” op een model, gemaakt van een volgens de regelen genomen afdruk en met inbegrip van de nodige verbetering resp. uitbreiding in de vormgeving van de randen kan resultaat doen verwachten.

Een euvel en een psychische belasting voor de desbetreffende patiënt vormt niet zelden de *ankerloze partiële vervanging*, waarvan het gemis aan retentie tijdens het eten een soort alarmtoestand schept en de drager irriteert. Het argument voor het niet-aanbrengen van (eenarmige) verankering: het bevorderen van caries ter plaatse, wordt meer gehanteerd om het ontbreken ervan goed te praten dan het belang van de patiënt te dienen. Wat men er (ten onrechte) ook voor kwaads van moge zeggen, het eenarmige ankertje vervult voortreffelijk de voor de prothesedrager nuttige taak om verticale beweging aan banden te leggen. Daarvoor behoeft het slechts met geringe weerstand de lijn van de grootste kroonontrek te passeren.

Voor ziekenfondsprotheses is halfronde Wipladraad (1,2 mm voor de premolaren en 1,5 voor de kiezen) het aangewezen materiaal. Al moge het aanbrengen van deze ankertjes praktisch geen vergoeding voor deze extra-voorziening ten gunste van de tandarts betekenen, zo behoeft dit ook geen beletsel te zijn, aangezien het geen meerder werk betekent. Integendeel zij voorkomen klachten over los zitten en tijd kostende bezoeken. Wanneer in de loop van de tijd de prothese iets te veel „speling” mocht hebben gekregen, dan behoeft men slechts de „arm” iets te activeren om de patiënt tevreden te stellen. Bij dusdanige klachten over een partiële prothese zonder verankering is er in wezen niets voor verbetering vatbaar, ook niet met praten (hetwelk alleen overblijft) dat meer tijd kost dan het aanbuigen van een ankertje en de patiënt géén baat oplevert.

Uitstekende retentie bieden eenarmige ankertjes van rond gouddraad met knopvormig einde (verdikking met soldeer) dat in de interproximale ruimte verticale beweging verhindert. Uiteraard moet de ruimte daarvoor aanwezig zijn, hetgeen in gevallen van in meerdere of mindere mate getraheerd tandvlees de toepassing indiceert.

Het behoeft geen betoog dat de ankertjes niet zodanig geactiveerd mogen worden dat zij een klemmend gevoel veroorzaken. Het is ruim voldoende wanneer bij het uitnemen juist voldoende weerstand wordt ondervonden.

Er is in dat opzicht niet zo veel nodig om door een partiële prothese *te worden geplaagd*. Transversale druk van een niet voldoende ruimte latende uitsparing, die het element

iets uit zijn normale stand dwingt, kan bij een bestaande geringe beweeglijkheid tot parodontale overbelasting en irritatie aanleiding geven. Zo gevoelde een patiënte zich genoodzaakt elders om hulp te vragen omdat haar tandarts, blijkbaar de daardoor veroorzaakte last onderschattende, de oorzaak niet onderkende en liet doorschemeren het bezoek zelf overbodig te achten. Wellicht een kleinigheid, maar niettemin...

## REDACTIONELE COMMENTAAR

### DE AMSTERDAMSE TANDHEELKUNDIGE VERENIGING IN 'T GOUD 1909-1959

Als deze regels in druk verschijnen zal de A.T.V. juist aan haar gouden jubileum de meest feestelijke aandacht schenken. Vijftig jaren mogen, historisch gezien, voor een vereniging geen hoge ouderdom schijnen, voor een tandheelkundige organisatie en met name voor een plaatselijke vereniging van dien aard, een der oudste in den lande\*), moet het als een respectabele leeftijd worden beschouwd. En het is dus alleszins verklaarbaar, dat men daar de nodige aandacht aan wijdt en de gelukkige oplossing heeft gevonden deze herdenking te combineren met het eerste Maatschappij Congres.

De A.T.V. is zo gelukkig nog één van haar oprichters in haar midden te hebben: de stoere F. DUYVENSZ, wie de liefde voor zijn vak zo hoog zit, dat een blijvende rust-periode na zo vele jaren arbeid hem niet in 't minst aantrekt. De beide andere initiatoren Dr. J. S. BRUSKE en W. C. KOLDEWIJN zijn reeds lang historie geworden.

Het ligt niet op mijn weg en het is ook niet wel mogelijk in dit bestek, de levensgeschiedenis van de jubilerende vereniging neer te schrijven; daar zal trouwens dezer dagen genoeg aandacht aan worden gewijd. Dat haar pad altijd over rozen ging is natuurlijk nauwelijks te verwachten; zij heeft twee wereldoorlogen meegemaakt met alle moeilijkheden daaraan verbonden. Zij heeft de welhaast stormachtige evolutie in de uitoefening van het beroep mede moeten opvangen. In dit verband noem ik de oprichting van de Coöperatieve Kliniek der A.T.V., die ondanks veel tegenkanting tot stand kwam en tot op de huidige dag haar uitstekende hulp aan de groepen der lagere middenstanders kan blijven verlenen, ondanks het ziekenfondswezen; de oprichting van de A.T.Z., de combinatie van Ziekenfonds-besturen en tandarts-medewerkers, die, hoe goed ook bedoeld, de A.T.V. nog altijd voor grote moeilijkheden plaatst. Zij heeft strijd moeten voeren om de instelling van een gemeentelijke tandheelkundige polikliniek in goede banen te leiden.

Doch ook aan het bevorderen van het gezelligheidsleven werd de nodige aandacht besteed. Dat dit soms tot teleurstellende resultaten leidde, moet vermoedelijk worden geweten aan het feit, dat in een zo grote stad het saamhorigheidsgevoel minder ontwikkeld is door de velerlei andere mogelijkheden, die zij op ontspanningsgebied kan bieden.

\*) De Rotterdamsche Tandheelkundige Vereniging, naar mijn weten de oudste, werd reeds in 1900 opgericht.