

## ORTHODONTISCHE ANOMALIEËN, BEHANDELD MET PLAATAPPARATEN IN COMBINATIE MET MET ACTIVATOREN \*)

DOOR PROF. K. G. BIJLSTRA

In de afgelopen 70 tot 80 jaren is een groot aantal methoden vermeld, volgens welke de anomalieën, behorend tot de zg. Klasse II, afd. 1, van ANGLE kunnen worden behandeld.

De functionele, morfologische, etiologische, cefalometrische en ten-slotte ook esthetische beoordeling heeft het mogelijk gemaakt, een groot aantal variaties van deze afwijking differentieel-diagnostisch te onderscheiden. De benaming „Klasse II. afd. 1” heeft o.i. dan ook alleen nog betekenis voor de gedachtenbepaling, bij het zich voorstellen dus van een bepaald type anomalie.

Eén van deze variaties vertoont als symptoom de dorsale stand van de onderkaak, met als gevolg een disto-occlusie van molaren, premolaren en hoektanden.

In bovengenoemde periode werd als therapie voor het elimineren van deze dorsale stand in hoofdzaak gebruik gemaakt van de voorbeetplaat (KINGSLEY: „jumping the bite”), intermaxillaire elastieken of de activator (ANDRESEN). Het is merkwaardig dat in principe deze werkwijzen nog steeds worden toegepast; dit is afhankelijk zowel van de indicatie als van de individuele opvattingen van de orthodontist.

Bij de toepassing van de activator in de functionele therapie is het trefkend, dat de fixatie van de onderkaak in een meer ventrale positie met zeer goed resultaat kan geschieden door verankering van het apparaat op de linguale zijde van de processus alveolaris van de onderkaak. Geheel afgezien van de gunstige invloed op de musculatuur door de functionele aanpassing, blijkt tevens, dat de ventrale positie van de onderkaak dikwijls verrassend snel tot stand komt.

Van ongeveer 1950 af hebben wij van de activator als hulpmiddel gebruik gemaakt, om na voorbehandeling met plaatapparaten de dorsale stand te doen verdwijnen. Uit didactische overwegingen is in veel gevallen

\*) Voordracht, gehouden op de jaarvergadering van de Ned. Ver. v. Tandartsen, 11 april 1959.

afgezien van de zeer tijdrovende en dikwijls moeilijk uitvoerbare manipulaties met de activator als behandelingsmethode alléén.

Dit wil niet zeggen dat het inslijpen achterwege kan blijven en dat de activator uitsluitend als monobloc gebruikt wordt, doch de expansie en het terugbrengen van het bovenfront bv. kunnen op een meer doeltreffende wijze worden verwezenlijkt door de voorbehandeling met platen.

Nu menen sommige Amerikaanse auteurs dat het niet mogelijk is, de onderkaak ventraalwaarts te verplaatsen. Klinische resultaten, gecontroleerd aan schedelopnamen en fotomateriaal, bevestigen deze opvatting evenwel niet. In veel gevallen is de ventrale positie van de onderkaak na behandeling duidelijk waarneembaar. De verklaring voor de mening dat de onderkaak niet naar voren zou zijn te brengen kan echter gelegen zijn in een verandering van de oclusale verhoudingen, die na behandeling steeds optreden: inderdaad spreekt daardoor het esthetische resultaat – dat als gevolg van het naar voren komen van kaak en kin zichtbaar zou moeten zijn – niet in alle gevallen duidelijk. De genoemde oclusieveranderingen zouden ook een dorsaalwaartse draaiing van de onderkaak kunnen veroorzaken, mede waardoor de condylus weer in zijn oorspronkelijke uitgangspositie komt en het oclusievlak naar achteren kantelt, zoals ons bij verschillende gevallen na behandeling is gebleken. Bovendien zullen bij iedere behandeling, en bij gebruik van intermaxillaire elastieken en vaste apparaten in het bijzonder, de elementen alveolair ten opzichte van elkaar worden verschoven.

Het blijkt ook dat – hoewel door de voorwaartse verplaatsing van de onderkaak de beet wordt verhoogd, voornamelijk door het uitgroeien van de zijdelingse delen, premolaren en molaren – dit uitgroeien gebonden is aan de freeway space. Het eindresultaat, dat verder volkomen bevredigend kan zijn, zal daardoor in sommige gevallen een iets te diepe beet in het front te zien geven. De vaste moderne apparaten, zoals twin arch en edge-wise arch, zijn hierbij in het voordeel; immers hiermee kan in de loop der behandeling een absolute verkorting van de front-elementen worden bereikt, zonder dat de free-way space wordt overschreden.

Wanneer de diepe beet evenwel nog een gevolg mocht zijn van een zeer geringe dorsale stand van de onderkaak – wat dikwijls het geval is – dan kan deze gemakkelijk worden opgeheven, door de dorsale ligging (een kwestie van enkele millimeters tenslotte) alsnog te elimineren met behulp van een voorbeetplaat.

Mislukkingen dienen gewoonlijk allereerst gezocht te worden in een ondoeltreffende behandeling, en wel door:

1. contra-indicatie;
2. foutieve constructiebeet;
3. ondoelmatige constructiebeet (te grote sprong);
4. onoordeelkundige manipulaties door de tandarts met het apparaat (inslijpen!). Tenslotte kan ook
5. gebrek aan medewerking van de patiënt van invloed zijn.

Op de contra-indicatie kan in dit kleine bestek niet nader worden ingegaan. Het komt nauwelijks voor dat een goed geconstrueerd apparaat door de patiënt niet kan worden gedragen. Is dat laatste toch het geval, dan moet de oorzaak vrijwel altijd bij de behandelende tandarts worden gezocht.