

ALLERGISCHE REACTIES OP KUNSTHARSEN

DOOR

P. H. BUISMAN

Na de zeer verhelderende inleiding van Dr. MALTEN, waarin een duidelijk inzicht is vervat met betrekking tot het wezen en het mechanisme van de allergische reactie, is het aan mij om deze laatste te betrekken op de klinische bezwaren van de prothesedragers en de verschijnselen die het mondslijmvlies kan vertonen als gevolg van het contact met de kunstharsbasis bij de daarvoor gevoelige patiënt.

In de eerste plaats rijst dan de vraag: wat zijn daarbij de klachten en wat zijn de objectieve symptomen. Het zijn vooral de subjectieve gewaarwordingen waarvoor onze aandacht wordt gevraagd en waarbij het aan de hand van waarneembare verschijnselen onze taak is de oorzaak op te sporen... of te vermoeden.

Dit opsporen van de oorzaak is – ook blijkens de publicaties op dit gebied – niet eenvoudig, want wij worden weliswaar door de patiënt ingelicht omtrent de hinder die hij ondervindt maar wij zijn dan ook nog afhankelijk van hetgeen het visuele onderzoek al dan niet oplevert. En hier beginnen de moeilijkheden.

Wanneer ik mij nu bepaal tot de contactallergie als gevolg van de voortdurende aanraking tussen de basisplaat van de prothese en het mondslijmvlies, dan worden als locale gewaarwordingen genoemd; een branderig, prikkelend dan wel jeukend gevoel aan gehemelte, tongrug en wang- resp. lipslijmvlies. Deze kunnen afzonderlijk dan wel in enigerlei combinatie en ook wel alle tezamen erdoor getroffen worden. De begeleidende symptomen zouden dan bestaan in roodheid, zwelling, hyperplasie van het slijmvlies, al dan niet gepaard met de vorming van blaasjes en pukkeltjes of knopjes aan de betrokken gedeelten. Karakteristiek zou voorts zijn de scherp begrensde slijmvliesirritatie van het gehemelte in een uitbreiding, die overeenstemt met de omvang van de prothesebasis. Ik heb hier de conditionele vorm „zou” gebruikt, eerstens omdat objectief waarneembare verschijnselen ook kunnen ontbreken en voorts vanwege het feit dat de genoemde symptomen grotendeels ook verbonden zijn met weefselirritaties van mechanische en bacteriële oorsprong, de laatste als een gevolg van een tekort aan hygiënische verzorging van het kunstgebit. Een mechanische irritatie vindt eventueel zijn verklaring in een discrepantie tussen de vorm van de prothesebasis en die van de dragende

kaakwallen of in een beweeglijkheid, die zijn bestaan vindt in een onevenwichtige occlusie en articulatie. Daarnaast dient ook nog rekening te worden gehouden met een overbelasting op grond van nerveuze bijbewegingen en kauwspiercontracties (bruxisme). Als derde mogelijkheid dient dan nog rekening te worden gehouden met een chemische irritatie, verwekt door de diffusie uit de kunstharsbasis van ongebonden monomeer of van de katalysator. Volgens SMITH (1959)¹ is het ondanks thans doorgevoerde zorgvuldige methoden van polymeriseren niet mogelijk een volledige binding van monomeer en peroxide te bewerkstelligen; er blijft een zeker residu in de kunstharsbasis achter. Er moet dus altijd rekening worden gehouden met hun werking als allergenen bij en ondanks de geleidelijke uitloging van de prothesebasis door het speeksel. Daarnaast wordt weer aan de dunne speekselfilm tussen plaat en slijmvlies een beschermende verandering van een direct contact toegerekend.

Het zal echter duidelijk zijn dat, naast eventuele subjectieve bezwaren, de irritatie zich zal aftekenen tot daar waar de prothesebasis eindigt omdat buiten deze grens de aanraking ophoudt. In dit opzicht is er differentiaal-diagnostisch geen verschil tussen de waarneembare verschijnselen van allergische en van meer tastbare oorsprong, een situatie waarop Dr. MALTEN ook reeds heeft gewezen.

In de praktijk hebben wij dus te maken zowel met wat in het Engels genoemd wordt de „denture sore mouth” als met kunstharsallergische reacties. Maar nu doet zich opnieuw een moeilijkheid voor in die zin dat waarneembare irritaties in de genoemde vorm ook kunnen bestaan zonder dat de prothesedragers er hinder van ondervindt, terwijl daarnaast een patiënt klachten kan hebben zonder dat deze hun verklaring vinden in de aanwezigheid van afwijkingen in het slijmvlies. In zo'n geval is men geneigd tot de paradoxale uitspraak dat de patiënt met zichtbare slijmvliesirritaties doorgaans niet klaagt en dat bij de wel klachten uitende prothesedragers waarneembare symptomen ontbreken. In het laatste geval is er dan geen uiterlijk verschil tussen het dragende slijmvlies en het aangrenzende onbelaste.

Resumerend kan dus worden vastgesteld dat het subjectieve klachtenpatroon voor allergische en de duidelijker somatische reacties vrijwel identiek zijn. Een therapie, gericht op het uitschakelen van de causale factor, i.c. de prothese, leidt in alle gevallen tot de gewenste verlichting. Helaas geeft ook blijkens de literatuur vervanging van het basismateriaal slechts in een klein deel der gevallen de gehoopte verbetering. Hierbij dient dan nog in aanmerking te worden genomen dat de verdwijning of vermindering van de ondervonden hinder, ook een gevolg kan zijn van

een verandering in de constructie van de prothese, waarbij (onopgemerkte) tekortkomingen (b.v. onfysiologische beethoogte met continue weefseldruk) werden geëlimineerd. De bereikte verbetering zou dan niet met het materiaal doch met een gunstiger bouw van het kunstgebit zijn bewerkstelligd.

Zo vermeldt A. A. FISHER (1954)² dat van vier prothesedraagsters uit twintig door hem onderzochte gevallen, op grond van klachten over „sore mouth” was verklaard dat zij overgevoelig waren voor kunsthars en tot een prothese van rubber moesten besluiten. Drie van hen hadden aan dit advies gevolg gegeven, echter zonder succes. Een andere, die positief allergisch was bevonden via de lapjesproef, had na de vervaardiging van een beter passende kunstharsprothese geen klachten meer. De overige klagende prothesedraagsters vertoonden geen reactie op de proef.

Om een vermoeden van allergie een meer reële basis te verschaffen kan men trachten door afschermen van een deel van de prothesebasis met metaalfolie het oorzakelijke contact uit te schakelen. Het resultaat is helaas niet conform de verwachting. Als de suggestie van de bekleding met de isolerende laag is uitgewerkt draagt de doorgaans vage uitspraak van de patiënt niet bij tot meer zekerheid t.a.v. de diagnose. Dit heeft SCHUBERT en MULLER (1957)³ ertoe gebracht om de (veronderstelde) allergie tegenover de kunststoffen te beschouwen als een verlegenheidsdiagnose. Zij denken daarbij ook aan een corpus alienum-reactie der mondweefsels zonder specifieke overgevoeligheid. Voor zover een patiënt allergisch zou zijn voor bepaalde chemische componenten zou een verwisseling van het basismateriaal b.v. van copolymeer methacrylaat resp. een styrene hars naar een vynielhars, of omgekeerd, effect kunnen sorteren. Een chemisch neutraal materiaal zou dan zijn een plaat van chroomcobalt. Ook BOOS (1959) is van mening dat de meerderheid van verondersteld allergische gevallen aan andere oorzaken te wijten zijn. Z.i. kan een werkelijke allergie aanwezig zijn wanneer *al* het met de prothese in aanraking zijnde weefsel geïrriteerd en ontstoken is.

Volgens H. MICHEL (1959)⁴ dient bij mondslijmvliesallergie ook rekening te worden gehouden met de mogelijkheid van een werking op afstand van de allergenen en aan de orgaankeuze van de allergische reactie. De werking komt dan tot stand langs primair, resp. secundair-haematogene weg.

Een andere factor waaraan niet kan worden voorbijgegaan is de voortdurende afsluiting van het slijmvlies (door de prothesebasis) van het normale contact met het speeksel; voorts de druk op de uitmondningen van de slijmkiertjes in het palatum, met als gevolg stuwung en atrofie. Bij een

allergische dispositie kunnen hierdoor gemakkelijk hinderlijke gewaarwordingen tot stand komen, ook al worden deze op zijn minst ongewone veranderingen in normale omstandigheden – blijkens de ervaring, reactieloos verdragen.

Het ligt ook in de rede, dat een onder dusdanige omstandigheden wél optredende reactie niet per se de erkende symptomen behoeft te vertonen, doch zich ook wel uitsluitend kan uiten in een hinderlijk gevoel, dat op den duur als onverdraagbaar wordt ondervonden. Dit leidt dan tot exclamaties, die bij het ontbreken van waarneembare verschijnselen als overdreven en zuiver neurotisch aandoen.

In de loop van mijn betoog werd er reeds de aandacht op gevestigd dat op allergie wijzende klachten niet steeds vergezeld gaan van waarneembare symptomen; hieraan dient dan te worden toegevoegd dat het in grote meerderheid *prothesedraagsters* betreft van over de middelbare leeftijd. In dit verband neemt men aan dat ook het intreden van de menopauze op zichzelf aanleiding kan geven tot het optreden van een branderig gevoel onder de prothese. Ook voedingsdeficiënties kunnen de oorzaak zijn van de klachten. Zo vermeldt H. D. KIMBALL (1954)⁵ dat in zes gevallen (waarvan verslag was gedaan) een dieet met een hoog proteïnegehalte en een laag aandeel van koolhydraten, aangevuld met een veelzijdig vitamine-voorschrift, in enkele weken tot een indrukwekkende verlichting van de gevoeligheid leidde. Vitaminetekorten van het A- en B-complex verminderen de weefselweerstand, hetgeen tot gevoeligheid onder de prothese kan voeren.

Ook moet men bij een beoordeling rekening houden met het feit dat in onze steeds meer onder druk staande samenleving een toenemend aantal personen onderhevig is aan levensconflicten, die zij niet in staat zijn harmonisch te verwerken. Het is niet onmogelijk dat deze psychische traumata het organisme aan een stress onderwerpen, die langs inwendig-secretorische of andere humorale werkingen een allergische diathese en orgaansensitisering doen ontstaan of deze begunstigen.

Men kan aldus het toenemende aantal klachten over branderigheid en dergelijke, zonder waarneembare slijmvliesreactie ook zien in verband met pijnklachten met betrekking tot het kaakgewricht en omgeving, waarbij geen pathologische afwijkingen worden gevonden en welke klachten bij psychiatrisch onderzoek van de betreffende patiënten (op grond van hun psychische structuur) op onverwerkte innerlijke conflicten en spanningen konden worden teruggebracht. (MOULTON 1957)⁶.

Het is noch onze taak als tandarts, noch ligt het in ons vermogen door te dringen tot mogelijke etiologische factoren van deze orde. Dit betekent

tevens dat de practicus weerloos is overgeleverd aan de in-gebreke-stelling, die in de klachten van de allergische(?) patiënt (al dan niet uitgesproken) is vervat. Dit is een euvel dat eveneens van kracht is tegenover prothesedragers die op psychosomatische basis hun innerlijke moeilijkheden afreageren op het corpus alienum dat de tandprothese voor hen vertegenwoordigt.

Literatuur:

1. D. C. SMITH: Acrylic Denture Base: Some effects of residual monomer and peroxide. Brit. D. J. mei 1959.
2. A. A. FISHER: Allergic Sensitization of skin and oral mucosa to acrylic denture materials. J. A. M. A. sept. 1954.
3. W. SCHUBERT-H. MÜLLER: „Allergie gegenüber Kunststoff“ als Verlegenheitsdiagnose. Deutsche Stomat. 7. 1957.
4. H. MICHEL: Die Allergie und ihre Bedeutung für die Zahnheilkunde. Deutsch. Zahnärzte Kalender 1959.
5. H. D. KIMBALL: Factors to be considered in control and elimination of chronic tissue soreness beneath dentures. J. Prosth. Dent. mei 1954.
6. R. MOULTON: Psychologic considerations in the treatment of occlusion. J. Prosth. Dent. 1957. 148.