

## UIT EN VOOR DE PRAKTIJK

### PROGENIE EN VOLLEDIGE PROTHESE

DOOR P. H. BUISMAN

Bovenstaande titel verlangt tot goed begrip van het daarin gelegde verband een nadere toelichting. In de nu volgende beschouwing over een maxillo-faciale afwijking met betrekking tot de prothetische voorziening gaat het niet om een bevredigende oplossing voor te verwachten moeilijkheden van functionele aard, al kunnen die ongetwijfeld bij de constructie zorgen opleveren. Het is thans de bedoeling om aandacht te vragen voor de mogelijkheid om door middel van een volledige prothese het gelaatontsierend karakter van een dusdanige anomalie niet onbelangrijk te verzachten.

Men begrijpe mij goed: hiermee wordt niet beoogd het natuurlijke gebit op te willen offeren ter wille van een verbetering in het uiterlijk, maar veeleer het gebruik maken van de gelegenheid wanneer om andere redenen, d.w.z. caries verval of anderszins, het natuurlijke kauworgaan is moeten worden opgeofferd.

In een aldus ontstane tandeloze staat biedt de prothese gelegenheid om met een daarop gerichte vormgeving van het gebitsfront door de opstelling der tanden en een modellering van de labiale kunstharsrand het profiel van het onderste derde deel van het gelaat een meer normaal verloop te geven.

Het probleem waarvoor een prognie ons stelt wijkt te dien aanzien principiële af van dat waarmee de protrusie ons confronteert. Er bestaat de neiging om in dit laatste geval tot verbetering te geraken door in de prothese een normale relatie in het gebitsfront aan te brengen. Daarbij wordt veelal over het hoofd gezien dat deze anomalie aan het gezicht een specifiek karakter verleent, die men niet voetstoots moet trachten te elimineren. Het gevolg is geen „normaal” gelaat en profiel maar een dusdanige afplatting dat een dergelijke prothesedragers of -draagsters slechts ten dele gelijkt op het uiterlijk van vroeger en kennissen pijnlijke vragen stellen omtrent de gezondheid of een eventuele ziekte waarvan men verondersteld wordt reconvalescent te zijn. Dit is niet bedoeld als grap maar niet zelden voor de persoon in kwestie wrange werkelijkheid.

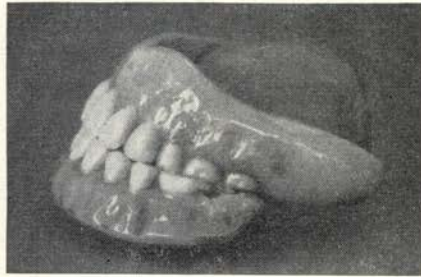
Bij een (voormalige) protrusie moet het als een elementaire fout worden aangemerkt wanneer bij deze afwijking wordt gestreefd naar een klasse I-relatie, om het in orthodontisch jargon uit te drukken. Het resultaat is een opvallende verschrompeling, vooral wanneer ook nog omvangrijke botresorptie zich aansluit bij een correctie van de frontale tandkassen.

Men zal daarom goed doen in de opstelling van de fronttanden de anomalie zoveel als nodig zal blijken te verzachten en de protrusie zichtbaar in het kunstgebit te reproduceren. Hoeveel men daarbij moet gaan dient aan het fysiologisch beoordelingsvermogen te worden overgelaten.

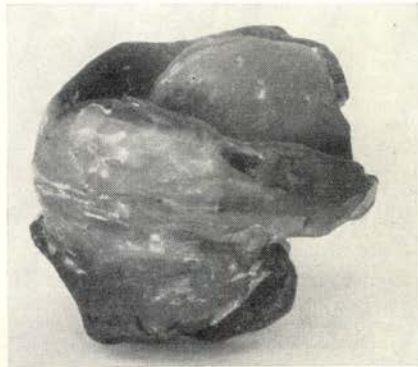
Bij de prothetische verzorging van een patiënt met een prognie ligt van



Afb. 1. Patiënte met cosmetisch gebrekkige prothese; camouflaage nihil. Tandem te klein, incisaal niveau te laag. Bij lachen wordt een brede strook kunsthars zichtbaar. Onvoldoende lipvulling (men vergelijkte afb. 7).



Afb. 2. Prothese van afb. 1. Dorsale kanteling van het onderfront boventanden in overdreven labioversie.

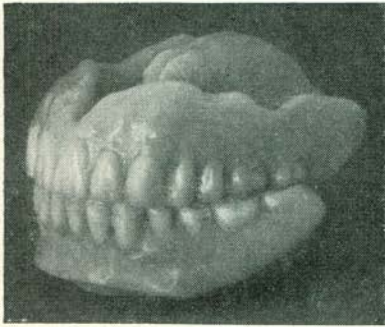


Afb. 3. Beetwallen aangepast aan de beoogde fysiologische contouren. Labiale rand van de onderbeetplaat weggenomen.

nature de situatie anders. Al wordt na het verlies van de natuurlijke elementen de omvang van de voormalige tandkassen in aanmerkelijke mate gereduceerd, dan blijft toch de prominente kin bestaan omdat deze tot het corpus mandibulae behoort en niet, althans voorlopig niet in het verschrompelingsproces wordt betrokken. Bovendien ziet men bij deze sterk ontwikkelde onderkaken een veel grotere weerstand tegen de resorptie.

Daarnaast heeft men te maken met een van nature teruggefallen bovenkaaksfront, hetgeen de anomalie nog meer accentueert. Bij de tandeloze progenicus worden wij dus geplaatst voor de wanverhouding tussen een sterk gereduceerde bovenkaak en een in stand blijvende prominentie van de kin.

Wat is nu onze opdracht? Aan het laatstgenoemde kan niets worden gewijzigd en aldus moet ernaar worden gestreefd om het verloop van het mondprofiel hierbij zo goed mogelijk te doen aansluiten. Dit betekent: uitbouwen



Afb. 4. De definitieve prothese met labiale vormgeving. De labiale kunstharsrand concaaf uitgewerkt om de onderlip te laten terugvallen. Forse kunstelementen, lichte schaarbeet.



Afb. 5. Prothese in situ.

van het bovenfront ter wille van de opvulling en welving van de bovenlip en een zo ver mogelijk dorsaal opstellen van de ondertanden. Met dit laatste bereikt men een voor het oog gunstig terugvallen van de doorgaans vlezige onderlip, die de prognie accentueert.

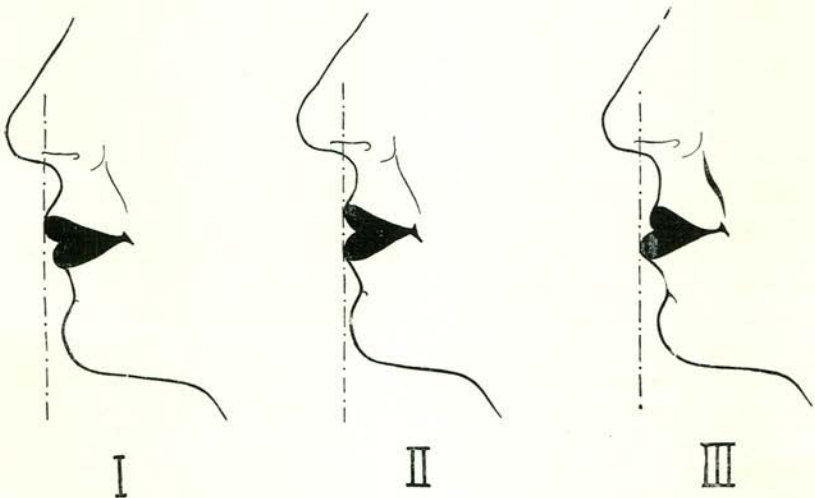


Fig. 6. Schematische voorstelling van de configuratie van het lipprofiel. I en II voldoen aan de esthetische norm, III werkt ontsierend.





Afb. 7. Profiel met de oude prothese. Men lette op het onfraaie lipprofiel en de scherpe neusvleugel-mondhoekplooi.



Afb. 8. Profiel met nieuwe prothese. Men vergelijk de lipwelling en de verhouding tussen de onder- en bovenlipzoom met die van afb. 7.

Bij de meeste prothesen voor deze categorie patiënten is van enige poging tot verbetering van het uiterlijk weinig waar te nemen. In de regel worden de onder-tanden schuin naar binnen vallend opgesteld om aldus de horizontale afstand tussen de snijranden van de onder- en boventanden te overbruggen. Daarbij worden de bovenincisieven overeenkomstig schuin naar voren geplaatst. Ook wordt elke poging tot een meer normale occlusie bij voorbaat achterwege gelaten en een „omgekeerde beet” als kenmerk van de anomalie in stand gehouden. Kortom de patiënt is met zo'n prothese t.a.v. zijn uiterlijk niet gebaat.

Om nu tot concrete aanwijzingen over te gaan waarmee het uiterlijk van deze categorie tandelozen zo goed mogelijk kan worden ontdaan van de storende afwijkingen van het normale, kan het volgende worden aanbevolen.

1. Verticale opstelling van de ondersnijtanden (dus niet binnenwaartse neiging). Dit is voor *elke* prothese de voorwaarde voor een natuurlijk aspect.

2. Opstelling ervan zoveel mogelijk dorsaal als een goede (normale) relatie met het bovenfront vereist. Dit komt de stabiliteit van de onderprothese uiter-aard alleen maar ten goede.

3. Weg laten van de labiale rand van de onderprothese om de (vaak vlezig) onderlip niet te bomberen en deze een minder opvallende (ontsierende) vorm te geven door de lipzoom voor het oog smaller te maken. Dit is bovendien van groot belang om de verhouding tot de bovenlip meer normaal te maken aange-

zien het uitpuilen van de onderlip ten opzichte van de bovenlip uitermate onesthetisch werkt en derhalve zoveel mogelijk moet worden gecorrigeerd.

Op grond van het feit dat – gelijk reeds werd opgemerkt – de kaakwallen bij deze tandelozen een geringere neiging tot (druk)resorptie vertonen en veelal een genoegzame hoogte bezitten, kan de labiale rand zonder nadeel voor de retentie worden gemist.

4. Belangrijke frontale uitbouw van de bovenprothese, eensdeels om de atonische, ingevallen bovenlip de fysionomisch vereiste vulling te geven, daarnaast om de scherpe plicae nasolabiales te verzachten.

5. Normale hellingshoek van de bovenfrontanden. Relatie tot het onderfront in lichte schaarbeet (vrouwen) of indien gunstiger (mannen) in tangbeet. Een tangbeet past vaak goed bij het gelaatskarakter.

6. Incisaal niveau samenvallend met de lijn, die de mondhoeken verbindt.

7. Tandenvan flink, bij het gelaat passend formaat.

*Beschouwing.* De lezer zal geneigd zijn de uitbouw van het frontale deel van de bovenprothese als functioneel ongunstig te veroordelen; de hefboomswerking bij het afbijten zal licht tot verhoogde drukresorptie van het betreffende gedeelte van de kaakwal leiden. Deze mogelijkheid kan inderdaad niet worden ontkend; men zal dan ook goed doen de patiënt hierop te wijzen en afbijten als gewoonte ontraden. HÄUPL (1959) acht het verkeerd om door een statisch ondoelmatige opstelling in het frontale gebied de disharmonie van de kaakwallen te vereffenen, wel kan men trachten de situatie „iets” te verzachten. In een afbeelding wordt de omgekeerde beet ook in de prothese weergegeven. Daarbij speelt het volgens deze schrijver geen rol of er al dan niet antagonistcontact bestaat.

In de angelsaksische handboeken van recente datum treft men alleen in het werk van GEHL en DRESEN (1958) onder de casuïstiek de bespreking van een behandlingsgeval aan. Daarbij werd eveneens de bovenprothese frontaal uitgebouwd. Over eventuele drukresorptie wordt niet gerept, wel werd de weerstand hiertegen onder de vroegere prothese vermeld. NAGLE en SAERS (1958) alsook SWENSON (1959) zwijgen over de prothetische behandeling bij progenie. SPRENG (1960) schrijft ten aanzien van de „artistiek-esthetische” taak bij de constructie van de prothese dat de nadruk daarbij dient te worden gelegd op de primaire plaats van het functionele en dat het „esthetisch-kunstzinnige” daaraan ondergeschikt blijft. In de betreffende monografie wordt echter geen aandacht gewijd aan deze anomalie en zijn fysionomische consequenties. HÄUPL, eerder genoemd, raadt aan de beet te verhogen om de prominentie van de kin te verminderen. Met het fysiologische bezwaar daarvan houdt deze auteur geen rekening.

Zonder een mogelijk bevorderde drukresorptie te bagatelliseren kan men zich in elk geval rekenschap geven van de grens waartoe bij de opstelling van het statische principe mag worden afgeweken. Veel hangt tevens af van de graad van de anomalie. Ten slotte is het ook een criterium wat in het uiterlijke en

psychische belang van de patiënt moet worden geacht en de plaats die de afwijking inneemt in zijn of haar zelfgevoel. Vooral bij nog jonge personen ben ik bereid om in tegenstelling met de geciteerde auteurs het cosmetische *niet* op de tweede plaats te rangschikken en mij tot taak te stellen het uiterlijk een zo gunstig mogelijke vorm te geven met behulp van de mogelijkheden die de prothese daartoe biedt.

In de bijgevoegde foto's is weergegeven wat en op welke wijze in een concreet geval aan cosmetische verbetering is nagestreefd.

*Literatuur:*

BÖTTGER, HÄUPL, KIRSTEN: Zahnärztliche Prothetik, 1959.

GEHL en DRESEN: Complete Denture Prosthesis, 1958.

SPRENG: Die künstliche Zahnreihe beim Zahnlosen, 1960.