

PROTHETISCH ALLERLEI. III

A. A. D. DERKSEN

De (in)correcte „beet”

Het is uiteraard niet mogelijk in deze korte opstellen uitvoerige uiteenzettingen te geven. Toch moet het schrijver dezes van het hart dat hij zich niet aan de indruk kan onttrekken – ook al beschikt hij momenteel niet over benaderende cijfers – dat in verreweg het grootste aantal gevallen waarin de patiënt over zijn volledige protheses klaagt, hij een gegronde reden voor zijn klachten heeft. Hier moge terloops worden opgemerkt dat het, gezien de uitvoering van de „gemiddelde” prothese – en dit geldt niet alleen voor ons land – eigenlijk verbazingwekkend is, hoeveel dragers van kunstgebitten in hun vervanging berusten; het woord „accepteren” wordt hier met opzet vermeden.

Het grote aanpassingsvermogen van de meeste tandeloozen en hun, in dit opzicht, weinig kritische aanleg, vormen voor een belangrijk deel de basis waarop in wezen het prothetisch gevoel van eigenwaarde, vele vervaardigers van volledige protheses eigen, berust.

Dikwijls schijnt de indicatie: „volledige vervanging”, te snel en te vluchtig overwogen te worden. Wordt de patiënt steeds voldoende gewezen op de eerste, maar vooral op de zich pas na jaren manifesterende gevolgen van de tandeloosheid? En is het wel regel dat met de patiënt wordt gesproken over zijn verwachtingen en eisen ten aanzien van de volledige tandvervanging?

Dergelijke gesprekken behoeven niet veel tijd te kosten, de hiervoor uit te trekken minuten wegen ruimschoots op tegen de doffe ellende die hiermee is te voorkomen.

Doch nu terzake. Welke fouten worden het meest gemaakt?

Laat ons er twee, die beide tijdens het „bepalen van de beet” tot stand komen, aan een korte beschouwing onderwerpen.

A. *de verticale dimensie* of beethoogte blijkt, wanneer zij onjuist is en tot klachten aanleiding geeft, vrijwel steeds *te hoog* te zijn. Uiteraard wordt bij het vaststellen van de kwalifikatie te hoog of te laag uitgegaan van de fysiologische rustpositie.

M.a.w.: is de morfologische beethoogte, d.i. de afstand in verticale zin gemeten tussen onder- en bovenkaak met de elementen in maximale occlusie, gelijk of groter dan die in de rustpositie, dan is de verticale dimensie te hoog.

De bezwaren die een te hoge „beet” met zich brengt, zijn de volgende:

1. Door het ontbreken van de free-way space of interocclusale ruimte heeft de patiënt, ook wanneer hij zich „in rust” bevindt, steeds de kiezen op elkaar. Hierdoor komen de prothesedragende weefsels onder een constant trauma te verkeren, hetgeen tenslotte tot versnelde resorptie van de kaakwallen leidt. De

klachten die een te hoge „beet” kan veroorzaken zijn als volgt te omschrijven:

a. pijnlijkheid, het steeds opnieuw optreden van drukplaatsen, maar eveneens een diffuse pijn over de gehele proc. alveolaris, zowel boven als onder, terwijl bovendien de pijn zich over het gehele palatum kan voordoen.

b. een gevoel van spanning en (of) branderigheid over het verhemelte, dikwijls voornamelijk ter plaatse van de rugae (for. incisivum).

c. irritatie van het slijmvlies, zich in hoofdzaak manifesterende in roodheid van de mucosa binnen de grenzen van de plaat.

(De onder b. en c. genoemde symptomen worden dikwijls ten onrechte aangezien door verschijnselen van een overgevoeligheid voor kunstthars).

2. De protheses geven tijdens kauwen en slikken een klikkend geluid, wat zowel door de patiënt als door zijn naaste omgeving als bijzonder hinderlijk wordt ondervonden.

3. Esthetische onvolkomenheden, die zich meestal uiten door een teveel aan zichtbaar lippenrood en door de omstandigheid dat onder- en bovenlip elkaar niet raken.

Afgezien van de esthetische bezwaren, kan de patiënt door de in de punten 1 en 2 genoemde factoren niet aan zijn prothese wennen. Hierbij komt, dat de veranderingen in de tonus van de musculatuur en in die in de stand van de kaakkopjes t.o.v. de temporale delen van het kaakgewricht het geheel nog ongunstig beïnvloeden.

B. *de centrische relatie*, dit is de horizontale relatie van de onderkaak ten opzichte van de bovenkaak, is eveneens een korte bespreking waard. Maar al te vaak wordt deze onjuist en meestal te veel naar voren, dus procentrisch, vastgelegd. Ook dit heeft dikwijls funeste gevolgen voor het uiteindelijk resultaat. In deze gevallen komt de mucosa eveneens onder een vrijwel constant trauma te staan. Tijdens iedere slikbeweging (± 1500 maal per dag) wordt de onderkaak reflectorisch in zijn meest dorsale, ongedwongen, positie gebracht. Wanneer de „beet” nu procentrisch is, zullen de knobbels der onderelementen juist voor de eindstand is bereikt op de hellende vlakken der bovenelementen stuiten en hierlangs naar voren glijden. Bij iedere niet-centrische relatie (of deze nu pro-, retro-, dan wel laterocentrisch is doet in dit opzicht niet ter zake), worden het bot en de mucosa dus zeer regelmatig onfysiologisch belast. Ook in deze gevallen is dus weer overmatige resorptie te verwachten.

Als belangrijkste verschijnselen kunnen worden genoemd:

1. los zitten van boven- en (of) onderprothese.

2. moeilijkheden tijdens het kauwen, mede veroorzaakt door de omstandigheid dat de uit te oefenen kauwdruk in de centrische relatie het grootst is.

3. pijnlijkheid van de weefsels plaatselijk en diffuus.

4. irritatie van het slijmvlies binnen de grenzen der platen.

Zowel bij onjuiste verticale dimensie als bij niet correcte centrische relatie, treedt dikwijls het verschijnsel van een „moe gevoel” in kaakspieren en (of) kaakgewrichten op.

Uit bovenstaand kort resumé moge nog eens het belang van een correcte „beet”, zowel in verticale als in horizontale zin, tot uitdrukking zijn gekomen.

Het is schrijvers vaste overtuiging, dat de tijd, benodigd voor het vastleggen van de juiste relatie, wel besteed is. Veel ongerief – voor patiënt en tandarts – kan hierdoor worden voorkomen.

In het begin van dit opstel werd reeds gewezen op de wijze waarop de verticale dimensie kan worden vastgelegd. Bij deze werkwijze gaat men dus uit van de fysiologische rustpositie.

Hieronder verstaat men die positie van de mandibula ten opzichte van de bovenkaak, waarin een evenwicht in de tonus van de musculatuur bestaat en wel in het bijzonder van die van de depressoren en elevatoren. Daar deze rustpositie mede door de lichaamshouding, de mate van vermoeidheid en psychische factoren wordt bepaald, is het van belang bij het vastleggen van deze relatie er zorg voor te dragen dat de patiënt rechtop zit en de spieren van rug en nek ontspannen zijn, het Frankforter vlak ligt dan vrijwel horizontaal (De houding van hoofd, nek en bovenlichaam speelt immers een belangrijke rol bij het tot stand komen van de rustpositie). Men zorgt er nu voor dat de afstand in verticale zin gemeten tussen onder- en bovenkaak bij de maximale occlusie (of met de basiswallen van onder- en bovenplaat in optimaal contact) ± 2 mm kleiner is dan die in de rustpositie. Slechts op deze wijze verkrijgt men een „beethoogte” die in harmonie is met de tonus der musculatuur.

Wat de centrische relatie – de meest dorsale stand van de mandibula ten opzichte van de maxilla, waarbij de beide kaakkopjes hun meest achterwaartse ongedwongen (unstrained) plaats innemen in de fossa articularis; een positie dus die afhankelijk is van de mate van geopend zijn van de mond – betreft vindt men in de literatuur talloze methoden vermeld die tot een goed resultaat zouden voeren.

Vele van deze werkwijzen berusten op het door de patiënt laten uitvoeren van bepaalde opdrachten – de punt van de tong zover mogelijk naar achteren laten brengen enz. – methodieken die in het algemeen moeten worden afgeraden, daar hierbij veelal een „strained” relatie wordt verkregen.

Hoewel de werkwijze waarbij van de gothische boog wordt uitgegaan ongetwijfeld de meest zekere resultaten oplevert, wordt zij zelden toegepast, bewerkelijk en vrij tijdrovend als zij nu eenmaal is.

Een methode die eveneens zeer goede resultaten verschaft, betrekkelijk weinig tijd kost en geen extra apparatuur vereist, is de z.g. „guided closure”.

Daar de centrische relatie, evenals de rustpositie, mede van de lichaamshouding afhankelijk is, is het ook hier noodzakelijk dat de patiënt rechtop en volkomen ontspannen voor zich uit zit te kijken, speciaal de kauwmusculatuur dient geheel ontspannen te zijn. Of dit inderdaad het geval is kan men het beste vaststellen door de kin zeer losjes tussen duim en wijsvinger te nemen en bij half geopende kaken de mond zachtjes te sluiten. Zijn de spieren geheel ontspannen dan is het mogelijk zonder enige aanwending van kracht de mond losjes te slui-

ten tot de bijgesneden basiswallen elkaar raken, waarbij de juiste relatie is gevonden.

Natuurlijk verdient het aanbeveling deze procedure enige malen te herhalen, opdat men zeker is de correcte relatie te hebben bepaald.

Dit zuiver op de praktijk ingestelde opstel, waarbij met opzet alle theoretische beschouwingen werden gemeden, moge hebben aangetoond:

1. dat de centrische relatie mede afhankelijk is van de verticale dimensie.
2. hoe zowel de horizontale – als de verticale relatie, eenvoudig en accuraat kunnen worden vastgelegd.
3. van hoe groot belang het is beide inderdaad correct te bepalen.
4. welke gevolgen het onjuist registreren met zich kan brengen.