

OVER HET CHIRURGISCH GESCHIKT MAKEN VAN DE
MOND VOOR EEN PROTHESE

Wanneer de eerste maal een prothese moet worden gemaakt in aansluiting op een totale extractie, dan levert de gesteldheid van de kaken doorgaans geen moeilijkheden op. Maar in de loop van de tijd zet een atrofie van de kaakwallen in, de protheseranden drukken op het zachte weefsel, er ontstaan drukulcera of ook wel weefselwoekeringen. Een slappe bekleding van de kaakwal verleent aan de prothese horizontale beweeglijkheid en versnelt het tempo van de verschrompeling van het bot.

Vaak heeft het wegnemen van overmatig slap weefsel tot gevolg dat hetgeen overblijft van het mucoperiost van de onderkaakwal niet voldoende is voor een stevige basis, omdat spieraanhechtingen en de beweeglijke mucosa van de omslagplooi zich te dicht bevinden bij de kaakkam.

Om deze ernstige gevolgen van de atrofie op te vangen zijn in de laatste tien jaar verschillende chirurgische maatregelen tot ontwikkeling gekomen. Theoretisch zijn er drie oplossingen: 1. compensatie van het (harde) substantieverlies door transplantatie, hetzij van bot dan wel van kraakbeen of van lichaamsvreemde stoffen; 2. door middel van plastische operatie van de weke weefsels gelegenheid scheppen om een beter gebruik te kunnen maken van de overgebleven kaakgedeelten als basis voor de prothese; 3. een subperiostaal implantaat voor houvast van het kunstgebit.

Ad 1. Het is mogelijk om een nieuwe kaakwal door middel van een beenimplantaat op te bouwen op dezelfde wijze als bij een resectie of na fracturen. Hiervoor kan materiaal van de beenbank worden gebruikt doch beter kan daarvoor bot van de patiënt zelf dienen, afkomstig van een rib of het bekken. Ook transplantatie van kraakbeen kan met goed gevolg worden toegepast en levert weinig moeilijkheden op, hetzij intraoraal of door de huid. Blijft alleen de vraag naar het lot van het implantaat, vooral hoe het zal reageren op de onfysiologische druk van de prothese. Deze kan mogelijk tot een snelle resorptie ervan leiden.

Met lichaamsvreemde substanties (metaal of kunststof) zijn de vooruitzichten nog ongunstiger; het implantaat kan gebrekkig passen en geen stevige basis opleveren, ook kan het bedekkende slijmvlies als gevolg van de druk gaan zweren. Kortom al deze experimenten hebben nog geen voor de algemene praktijk bruikbare werkwijze opgeleverd.

Ad 2. Door middel van een plastisch operatieve ingreep kan het dragende oppervlak voor de prothese worden verbreed en de omslagplooi zomede de linguale groef verdiept. Het resultaat is een ietwat hogere kaakwal, bedekt met stevig mucoperiost. Om dit te bereiken dienen ook spieraanhechtingen van het bot te worden losgeprepareerd. Dit kan op verschillende manieren geschieden, in

hoofdzak gaat het er om voldoende epitheel te verkrijgen om de nieuwgevormde groef te bedekken; hetzij door vrije transplantatie, secundaire epithelisatie of door een onder het slijmvlies uitgevoerde operatie. Gewoonlijk wordt gebruik gemaakt van een reep epidermis, afgeschild van de opperarmhuid of heup (volgens OLLIER-THIERSCH) om de ontstane kaakplooi ermee te bekleden. Deze reep kan worden gefixeerd door middel van hechtingen of door een prothese. Ook kan deze op zijn plaats worden gehouden door een vooraf gefatsoeneerd stuk stents of overeenkomstig afdrukmetaal, hetwelk in de nieuwgevormde sulcus door een spalk of een prothese wordt vastgehouden. In de ambulante kliniek kunnen deze methodes echter niet worden toegepast.

Dit laatste is wel het geval met methoden die gebaseerd zijn op secundaire epithelialisatie van de nieuwgevormde oppervlakten. Om de normaal optredende krimpings tegen te gaan moet de onderlaag uit beenweefsel bestaan. De operatie bestaat in het maken van een incisie, evenwijdig met de kaakwal op de overgang van het mucoperiost naar de omslagplooi; het periost wordt blootgelegd tot de vereiste diepte en de rand van de lap wordt op de bodem vastgehecht aan het beenvlies. Op deze wijze wordt de wond in de weke weefsels bedekt en het botoppervlak gelegenheid gegeven tot een overdekking met epitheel, hetgeen in enkele weken tot stand komt.

De submuceuse operatie kan worden gedaan wanneer er tevoren reeds voldoende epitheel beschikbaar is. Daarbij worden de spieren van het bot los gemaakt; door kleine incisies in het slijmvlies loodrecht op de kam wordt het periost aan een zijde bloot gelegd en het slijmvlies aan de andere. Het tussenliggende weke weefsel wordt, hetzij terug gedrongen dan wel weggeknipt, waarbij zorg moet worden gedragen dat het slijmvlies tegen het periost wordt gedrukt zodat het er vast mee vergroeit. Aldus wordt het botoppervlak eveneens bedekt met een stevig bevestigd mucoperiost, functioneel identiek met de natuurlijke mucosa.

Voor de bovenkaak is in de meeste gevallen de open methode met secundaire epitheelvorming geïndiceerd. Hierbij wordt onder de lip het slijmvlies ter hoogte van de nieuwgevormde omslagplooi stevig aan het periost van de kaak gehecht. De submuceuse uitvoering vereist de aanwezigheid van voldoende epitheel; daarbij wordt met behulp van een plaat het slijmvlies tegen het beenvlies gedrukt. Beter en gemakkelijker is het om door middel van horizontale naden, doorlopend van het oppervlak tot in het periost, het slijmvlies te fixeren. Aan de achterzijde van de tuberositas is deze methode niet bruikbaar. Een vrij stuk epidermis wordt aldaar op het blootgelegde periost gelegd in de nieuwgevormde sulcus en ter plaatse gefixeerd door een extensie aan de prothese.

Aan de onderkaak kunnen zowel de vestibulaire als de linguale sulcus worden verdiept. Hier spelen de spierinserties een grotere rol dan in de bovenkaak, vooral de m. mentalis en de m. mylohyoideus. In de omgeving van de kin is de operatie volgens OBWEGESER van grote waarde. Hierbij worden aan de voorzijde de beide kinspieren submuceus losgeprepareerd en het slijmvlies met percutane naden naar beneden getrokken en tegen het beenvlies gedrukt. Ook kunnen hech-

tingen door slijmvlies en periost vaak worden toegepast in plaats van door de huid heen.

Op overeenkomstige wijze kan de gehele omslagplooi worden verdiept wanneer tevens de buccinator wordt losgeprepareerd. Alleen wanneer weefselwoekeringen of littekens moeten worden weggenomen komt transplantatie van epitheel in aanmerking, welke reep door een spalk of prothese, door draden rond de onderkaakbasis bevestigd, ter plaatse wordt gefixeerd.

Verdieping van de linguale sulcus kan het best worden verwezenlijkt door de open methode met secundaire epithelialisatie. Na een snede linguaal van de kaakwal wordt de m. mylohyoideus van het bot los gemaakt en het periost bloot gelegd. De slijmvlieslap wordt vervolgens naar beneden getrokken tot aan het corpus mandibulae met behulp van een dun rubber buisje en percutane draden. Vaak is er ruim voldoende epitheel op de mondbodem en dan kan de operatie submuceus worden uitgevoerd. Hierbij wordt de lange duur van de epithelialisatie vermeden, maar de aldus te verkrijgen sulcus is minder diep dan bij de open methode.

Een zeer effectvolle behandeling bij de verschrompelde onderkaak wordt verkregen met de submuceuse vestibulo-linguale plastische operatie. Het slijmvlies wordt aan weerszijden van de kaak naar beneden getrokken door middel van fixatiedraden rond de onderkaak. Extra-orale draden en verband zijn dan niet nodig.

De auteur*) aan wiens publicatie het vorenstaande is ontleend, heeft aan de hand van zijn omvangrijk operatiemateriaal een controle ingesteld zowel naar de prothetische resultaten als naar het subjectieve oordeel van de patiënten. Het bleek dat in haast alle gevallen de operatief tot stand gebrachte uitbreiding ten behoeve van de prothese, na verscheidene jaren nog onveranderd was blijven bestaan. Men had kunnen verwachten dat na het wegnemen van de spieraanhechtingen, vooral moeilijkheden met de tong na het verlies van de m. mylohyoideus zouden zijn ontstaan. Dit was bij geen enkele patiënt het geval.

Ongeveer een derde van de patiënten met een vestibulaire operatie aan de onderkaak leden aan gevoelsstoornis in het gebied van de n. mentalis, het meest paresthesie van de kinhuid of van de lip. Met een latere wijziging van de operatieve techniek kon dit bezwaar grotendeels worden ondervangen.

Het prothetische resultaat was in het merendeel der gevallen zeer tevredenstellend zowel voor de tandarts als voor de patiënt.

Voor zover de stabiliteit en de retentie tijdens het kauwen en spreken te wensen overlieten bleek dit steeds te worden veroorzaakt door de kinspijeren die de prothese achterwaarts drukten. Daarom wordt thans aan de mentalis-operatie meer aandacht besteed, waartoe vaak, in geval van een verschrompelde onderkaak, de behandeling kan worden beperkt.

De schrijver komt tot de conclusie dat in de meeste gevallen een verdieping van de omslagplooi voor de tandarts de beste en gemakkelijkste behandeling

*) J. HANSEN, Kopenhagen.

vertegenwoordigt om een verschrompelde kaakwal voor het vervaardigen van een prothese geschikt te maken.

Nog zij vermeld dat botsplinters worden gebruikt om hinderlijke ondersnijdingen van de kaak op te vullen. DOWNTON¹⁾ gebruikt voor dat doel het van de linea mylohyoidea verwijderde en fijn gehakte bot, aldus „killing two birds with one stone”.

B.

Literatuur:

1. J. HANSEN: Surgical preparation of the oral cavity for prosthesis. International Dental Journal. 1963 Nr. 3.
2. J. H. HOVELL: Bone-grafting procedures in the mandible. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology 1962 Nr. 11.