

BOVENPROTHESE ZONDER RETENTIE

Als algemene voorwaarde voor elke prothese geldt dat zij stevig kan worden bevestigd aan het lichaam of lichaamsdeel waarvan het verloren gegane gedeelte moet worden vervangen.

Voor de partiële tandprothese kan aan deze voorwaarde alleszins worden voldaan; de z.g. verankering is een bron van studie en vindingrijkheid geworden om de bevestiging aan het restgebit een niet-cariësbevorderende en hygiënische vorm te geven.

Wat echter de volledige tandvervanging betreft is het met de vervulling van deze voorwaarde kennelijk heel wat ongunstiger gesteld. Ten bewijze daarvan behoeft slechts te worden verwezen naar de veelzijdige reclame met betrekking tot de speciaal voor dit doel in de handel zijnde kleefmiddelen, aanbevelingen tot in de vaktijdschriften toe!

Gegeven de veelvuldigheid van de toepassing der algehele tandvervanging is dit niet minder dan een testimonium paupertatis voor wat betreft het in de aanvang gestelde.

Dit moge dan voor de prothetiek een ietwat tot bescheidenheid stemmende situatie betekenen, maar de vraag die zich daarbij opdringt is uiteraard: laat de bevestiging zoveel te wensen over en beschikt men niet over een uitvoering die het gebruik door de prothesedragers van de onsmakelijke, aversieverwekkende kleefmiddelen voor een groot deel overbodig maken? Erkend moet worden dat in de continue vormverkleining van de kaakwallen de belangrijkste oorzaak is gelegen voor het (geleidelijke) gemis aan retentie dat de prothesedragers tot kleefpoeder zijn toevlucht doet nemen om aldus het ongerief op te vangen en onverhoedse, pijnlijke ontmaskering te voorkomen. Mag men echter de bedoelde adverteerders geloven dan zou ook de vers in de prothesestand verheven tandeloze het middel behoeven ter bespoediging van de gewenning.

Wat deze in een later stadium aan initiatieven in die richting ook moge ontwikkelen, wij dienen zijn verwachtingen en standpunt wel te onderscheiden ten aanzien van de afzonderlijke prothesedelen. Op grond van de ervaring en de in het oordeel van het publiek verankerde opvatting verwacht hij van het nieuwvervaardigde bovenkunstgebit dat het zonder kleefstof een redelijk houvast vertoont en niet bij beweging van de mond „naar beneden valt”. Bij de onderprothese ligt het (gelukkig voor de practicus) anders; het publiek heeft er zich mee verzoend dat het merendeel elke zuigkracht mist en is tevreden te stellen met een ondergebit dat bij de diverse bewegingen van onderkaak en tong een stabiele ligging op de kaak behoudt.

Het heeft ter verbetering van deze weinig bevredigende situatie niet ontbroken aan het zoeken naar en ontwikkelen van een werkwijze om ook voor de totale onderprothese een houvast te bewerkstelligen op basis van zuigkracht. Herin-

nerd zij aan de mucoseal- en adhesylnethodes; ten onzent heeft coll. J. SCHREINEMAKERS zich diepgaand met de theoretische grondslagen en een daarop ontwikkelde vormgeving van de protheseranden bezig gehouden en in geschrifte vastgelegd. *)

De praktijk wijst echter uit dat het de practicus maar matig gelukt om bij de diversiteit van de resorptie van de onderkaakwal een ventielsluiting, als voorwaarde voor retentie, te bewerkstelligen. Afgezien van een daarvoor gunstige configuratie van de kaak, is een succesvolle toepassing van de methodiek sterk persoonsgebonden, d.w.z. houdt ten nauwste verband met de manipulatieve bekwaamheid van de practicus bij de toepassing van de daarop betrekking hebbende opeenvolgende handelingen. Het „in de vingers hebben” speelt hierbij een overwegende rol. Een grote bedreiging van een bevredigend resultaat is echter gelegen in de afwerking van de ventielranden wanneer dit geschiedt door een technicus die het begrip hiervoor niet in zijn vakbekwaamheid heeft verankerd.

Keren wij na deze uitweiding terug tot de bovenprothese dan mag worden vooropgesteld dat bij deze (routinegewijs) retentie wél kan worden gerealiseerd. Het is in het merendeel der gevallen daarbij niet eens noodzakelijk dat aan de voorwaarden inzake een op echte ventielwerking berustend houvast is voldaan. Daarvoor pleit alleen al dat de technicus bij het afwerken van de protheseranden zich eerder op een vloeiend verloop ervan concentreert dan op het ontzien van de configuratie van de omslagplooï in de afdruk.

Dat desondanks een dusdanige prothese houvast vertoont is te danken aan de omstandigheid dat de bovenlip en het belendende wanggedeelte zich zodanig tegen de protheseflank aanvlijen dat voldoende afdichting tot stand komt, ongeacht vorm en verloop van de rand. Op elke regel komen uitzonderingen voor en zulks is ook met het houvast van de bovenprothese het geval. En het zijn die uitzonderingen welke het eigenlijke onderwerp vormen van deze op de praktijk gerichte beschouwing.

Aanleiding hiertoe was het bezoek van een vooraanstaand vertegenwoordiger van zijn (vrije) beroep die, ter adstructie van zijn moeilijkheden, als stille getuigen een kleine collectie bovenprothesen op tafel legde om duidelijk te maken dat opeenvolgende tandartsen er niet in waren geslaagd om voor hem een vastzittend bovengebít te vervaardigen. Door de aard van zijn drukke werkkring verplicht veel cliënten te ontvangen, werd hij psychisch zwaar gedrukt door het stille gevecht dat hij de gehele dag moest leveren om de prothese (zichtbaar) voor vallen te behoeden. Zijn eerste handeling bij het beëindigen van de praktijk was dan ook om zich van zijn „tegenstander” te ontdoen. Volledigheidshalve

*) J. SCHREINEMAKERS: De essentiële beginselen van de zuigende prothese. T.v.T. 1959.

idem Die Vollsaugende Clan-Tray Prothese. 1962.

idem La Logique en Prothèse Dentaire. 1964.

Men zie ook: H. ZUIDERSMA: Protheserand en tekort aan ventielsluiting. T.v.T. 1961

dient hieraan toegevoegd dat hij zich na een korte toepassing (met walging) van het gebruik van kleefpoeder had afgewend.

Wat kon na onderzoek nu als gemeenschappelijk oorzaak van het gemis aan retentie van de onderscheidene protheses worden aangemerkt? Van een ventielrand was bij geen ervan sprake, maar dit zou op zichzelf nog niet tot het onderhavige euvel hebben geleid, ware het niet dat de vestibulaire relatie tussen lip en wang enerzijds en de kaakwand anderzijds in de fossa canina een ruimte liet bestaan waardoor een luchtdicht aanvlijen van de beide eerste tegen de protheserand niet tot stand kon komen. Deze luchtlekken verhinderden een zuigwerking. Geen der betrokken practici had zich hiervan rekenschap gegeven.

De vraag is nu: wat moet in een geval als het bovenstaande worden gedaan om retentie tot stand te brengen? Het antwoord is eenvoudig: volledige rand-(ventiel)sluiting tegen de omslagplooï vanaf het lippenriempje tot in de buccale ruimte. Dit is dan te bereiken door een volmaakte bovenkaakafdruk waarin de omslagplooï zonder hiaten en zonder overextensie is vastgelegd.

Er is hiervoor, althans in de handen van schrijver dezes, één afdruktechniek die volstrekt betrouwbaar tot het beoogde doel leidt: een gipsafdruk met behulp van een individuele afdruklepel. Schellak is als materiaal voor de laatste goed genoeg. De voordelen van (het obsolete?) gips zijn: regelbare plasticiteit en de neiging van het materiaal om bij het opdrukken van de lepel in de omslagplooï op te stijgen in plaats van (zoals afdrukpasta) om de rand naar beneden te „krullen”.

Om luchtblazen in de omslagplooï te vermijden is het dringend gewenst om vóór het inbrengen van de met gips gevulde lepel met de vinger overal in de omslagplooï gips te deponeren. Dat kan en dient met snelle bewegingen te geschieden om te verhinderen dat de gips verstijft en tot een overgeëxtendeerde weergave van de omslagplooï zou leiden. Eventuele kleine luchtbellens worden met (gele) was opgevuld. Met zeepspectrum als separeermiddel en uitgieten van de afdruk met hardgips wordt een onberispelijk model van de bovenkaak verkregen.

Wat nu nog nodig is om de juistheid van de veronderstelling inzake de oorzaak der mislukkingen te bewijzen, bestaat in het aantonen van de beoogde retentie. SCHREINEMAKERS heeft in zijn publicaties er reeds op gewezen dat voor een goede ventielwerking een zekere weefselspanning van grote waarde is. Om die tot stand te brengen diept hij op de betreffende plaatsen van het model met een grote, ronde excavator – in ons geval dus de omslagplooï – een paar millimeter (van de kaak afgewend) uit. Wordt nu de betreffende rand van de beetplaat in de aldus bewerkte omslagplooï zorgvuldig aangedrukt dan zal deze de zuigkracht vertonen, die bij de protheses in het voornoemde geval ontbrak. Wat met de beetplaat reeds werd bereikt zal in de prothese niet minder tot uitdrukking komen.

Op twee punten dient nog de aandacht te worden gevestigd. In de eerste plaats moet worden geradeerd onder controle van de indrukbaarheid van de omslagplooï. Er zijn gevallen dat de processus zygomaticus van de bovenkaak

in de afdruk scherp is afgetekend en met een dunne, niet meegeevende slijmvlieslaag is bedekt. Dat daar niet ter plaatse mag worden uitgediept ligt voor de hand.

Het tweede punt heeft betrekking op de afwerking van de (aan de omslagplooï overal aansluitende) protheserand. Het is een klein kunstje voor de technicus om met de afwerksteen op de boormachine „het ventiel” onwerkzaam te maken. Daarom dient afwerking en polijsten met de grootste omzichtigheid te geschieden. Men zal goed doen bij het laboratorium geen enkele onzekerheid of twijfel dienaangaande te laten bestaan.

Op de aldus beschreven wijze zijn prothetische calamiteiten als in deze beschouwing ten tonele gevoerd te vermijden. B.