

PROTHESE MET ONTOEREIKENDE RETENTIE

In het mei-nummer werd een beschouwing gewijd aan de oorzaken van het ontbreken van elke vorm van retentie. Thans zal het gaan over een onvolgende retentie en hoe die op eenvoudige wijze kan worden opgeheven.

De vraag die ons thans bezig houdt betreft wederom de oorzaken van een tekort aan houvast, met welke klacht de prothesepatiënt de practicus opzoekt. Dit tekort kan enerzijds reeds min of meer aanwezig zijn bij de plaatsing van het kunstgebit, daarnaast kan het geleidelijk optreden na een aanvankelijk tevredenstellende retentie.

De eerstgenoemde vorm kan zijn verklaring vinden in een onvolkomen weergave van de kaak in de afdruk, welke behalve op de configuratie van de omslagplooi vooral ook terug kan worden gevoerd op de omstandigheid dat de vorm van de tuberositas onvolledig in de afdruk is vastgelegd. Het geleidelijk wegvallen van het houvast moet doorgaans worden toegeschreven aan een overeenkomstige, voortschrijdende verschrompeling van de kaakwallen. Bij immediaatprotheses moet hiermee in beginsel rekening worden gehouden, maar bij een tandvervanging, vervaardigd na een meer of minder lange wachttijd tussen de extractie en het afdruk nemen, doet verdere atrofie van de kaakwallen zich eveneens voor waarvan de omvang maatgevend is voor de door de prothesedragers geconstateerde achteruitgang van de retentie.

Een oorzaak waarop de aandacht mag worden gevestigd, kan gelegen zijn in dimensionele verandering van de afdruk wanneer er een aanmerkelijk tijdsverloop gelegen is tussen de betreffende procedure en het uitgieten ervan. Bij een afdruk met materiaal op alginaatbasis moet – zelfs bij bewaring in vochtig milieu – met die mogelijkheid rekening worden gehouden. Uitgieten op korte termijn voorkomt het risico van discongruentie tussen kaak en model.

Dank zij de thans daarvoor beschikbare kunststof is het voor de practicus die zich niet geheel gedistantieerd heeft van de prothetische techniek, nu mogelijk de (verloren gegane) retentie te herstellen, zelfs zonder het risico van beetverhoging, vooral in die gevallen waarin de patiënt bezwaar maakt de prothese voor een geheel etmaal (of wellicht langer) te moeten missen.

Het materiaal dat daartoe in staat stelt is de koud-polymeriserende kunst-hars en de werkwijze is de volgende.

In geval van een niet of niet meer „zuigende” bovenprothese, want daar gaat het doorgaans het meest om, is de voorwaarde dat over een feilloze afdruk en daarvan te vervaardigen positief kan worden beschikt. Tot dat doel kan het best van de betreffende prothese als afdrukpepel gebruik worden gemaakt met als afdruk materiaal de z.g. pasta op ZnO-eugenolbasis. Deze moet in aangemengde toestand over grote plasticiteit beschikken ten einde zonder buitensporige druk de dienst te verlenen die ervan verlangd wordt.

Voorwaarde is dat men, alvorens de prothese als afdruklepel aan te wenden, eerst de tekorten in de vorm met „Kerr’ opheft en wel in die zin dat de rand – waar nodig – tot de omslagplooi wordt opgehoogd en door distale verlenging van de plaat de tuberositas in de aldus geïmproviseerde afdruklepel wordt betrokken.

Van de aldus hiermee genomen afdruk wordt een model verkregen waarop de prothese, na verwijdering van het afdruk materiaal en reiniging met een oplosmiddel (benzine) dat de restanten elimineert, volledig past. Het doel is nu om de ruimte tussen het model en de naar het slijmvlies gekeerde zijde van de prothese met het genoemde kunstharsmateriaal op te vullen, met inbegrip van de voor een goede retentie noodzakelijke uitbreiding.

Alvorens hiertoe over te gaan wordt de betreffende zijde van de basis met een carborundsteen in de boormachine overal ruw gemaakt en, ter plaatse van ondersnijdingen, de protheserand (voor zover zulks niet reeds vóór het afdruk nemen werd gedaan) ruimer gemaakt. Het model wordt met de daarvoor bestemde isolatievloeistof bestreken die men vervolgens eerst laat drogen.

Nu wordt de kunsthars aangemengd en de prothese ermee bedekt tot naar schatting overal voldoende materiaal aanwezig is. Vervolgens wordt deze zo stevig op het model gedrukt dat geen materiaal meer aan de randen ontwijkt. De ervaring leert dat zulks met handkracht zonder meer mogelijk is. Waar de randen of de plaat moeten worden uitgebreid wordt het plastische materiaal met een spatel bewerkt tot de juiste omvang; wil men ook hier druk kunnen uitoefenen als het om een belangrijk oppervlak gaat, dan verdient het aanbeveling vooraf een gipsmal van het betreffende gedeelte te maken.

Wil men het polymeriseringsproces bespoedigen dan kan na 5 minuten het geheel in warm water worden gedompeld. Na een kwartier kan dan in de meeste gevallen de prothese door behoedzaam met een wasmes langs de protheserand kracht uit te oefenen, van het model worden gescheiden. Zijn er (in het front) ondersnijdingen dan zal het in stukken verwijderd moeten worden.

Rest vervolgens nog het afwerken van de protheseranden.

Betreft het een onderprothese dan is de werkwijze dezelfde, met dien verstande dat men tijdens het afdruk-nemen de patiënt door de daartoe voorgeschreven beweging van de tong de linguale rand laat vormen. Retentie kan op de door SCHREINEMAKERS aangegeven wijze worden nagestreefd.

Bij de vorenbeschreven methode is het aldus mogelijk om de patiënt na enkele uren weer in het bezit te stellen van zijn of haar, nu retentie vertonende prothese.

Rest nog op te merken dat de werkwijze ook kan worden toegepast bij een metalen gehemelteplaat mits ook deze vooraf met een carborundsteen is bewerkt ten einde de kunsthars (uiteraard alleen mechanisch) te doen hechten.

B.