

CASUISTIEK

VIII (slot). GECOMBINEERDE CHIRURGISCHE, ORTHODONTISCHE EN PROTHETISCHE THERAPIE

H. BROUWER

Als laatste geval in de serie Casuïstiek zij een patiënte besproken die in april 1960 voor een onderzoek kwam. Zij was toen 15 jaar oud.

Ten gevolge van een trauma waren de beide centrale incisieven in het bovenfront afgebroken.

De tot diep onder het tandvlees afgebroken wortels werden aanvankelijk voorzien van voorlopige kunsthars stifttanden. De radix van +1 bleek echter bovendien in de lengte te zijn gespleten. Dit element kon daardoor niet meer worden behouden. Deze omstandigheid bepaalde de indicatiestelling.

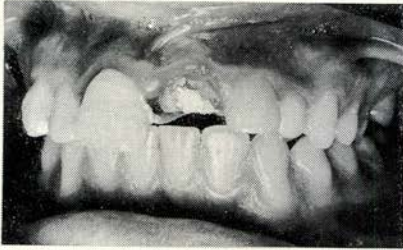
Er bestond een klasse II-occlusie, welke echter esthetisch niet opvallend storend was. De blijvende hoektand links boven was geteïneerd en lag hoog labiaal, met de kroon ongeveer in de mediaanlijn. De melkcuspidaat was nog in de mond aanwezig (afb. 1).

De ligging van +3 is te zien op afb. 2. Deze röntgenfoto werd enige tijd na extractie van 1+1 gemaakt. Enkele resten van de via de gespleten radix in het bot geperste kanaalvulling zijn zichtbaar. Deze werden later tijdens vrijlegging van +3 verwijderd.

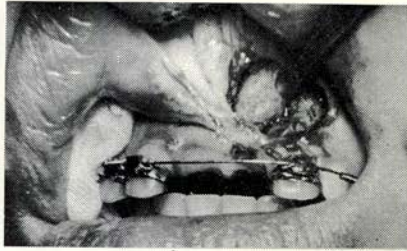
Na het aanbrengen van vaste apparatuur voor orthodontische behandeling in de bovenkaak (afb. 3) werd de tamelijk stevige botlaag boven +3 op de chirurgische afdeling van het Tandheelkundig Instituut van de Rijksuniversiteit te Utrecht verwijderd (afb. 4). Een 0,4 mm zachte roestvrije staal draad werd om het element aangebracht (afb. 5) en in eerste instantie passief om de orthodontische boog gebracht.

Drie weken na de operatie was de wond zonder complicaties genezen (afb. 6). Op dat tijdstip kon de orthodontische behandeling beginnen. Beide laterale incisieven werden met behulp van reciproque geactiveerde kleine „coilsprings”, evenwijdig aan zichzelf naar mesiaal verplaatst. Daarbij werd de, om esthetische redenen aangebrachte, tijdelijke kunsthars-prothese ter vervanging van 1 + 1 regelmatig versmald, totdat deze geheel kon vervallen.

Met behulp van langere „coilsprings”, mogelijk geworden door de grotere



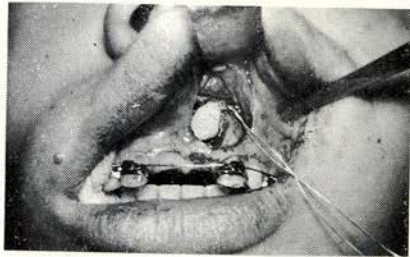
Afb. 1.



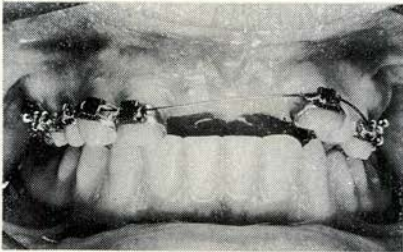
Afb. 4.



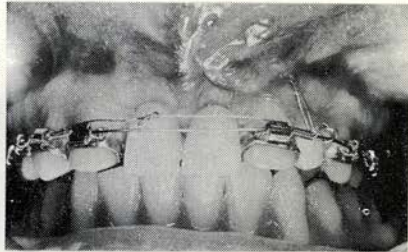
Afb. 2.



Afb. 5.



Afb. 3.



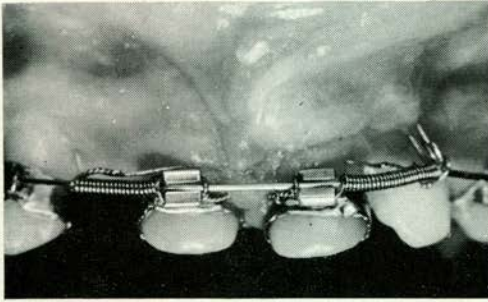
Afb. 6.

ruimten distaal van 2+2, werd na acht maanden reguleren de toestand bereikt van afb. 7.

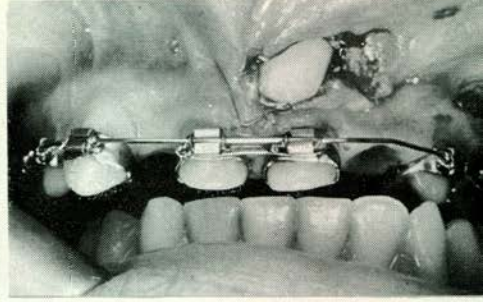
De linker veer was langer dan de rechter, waardoor ook enige tractie op +3 kon worden uitgeoefend, via de ligatuur om dat element (afb. 7). Afb. 8 werd gemaakt tijdens dezelfde zitting als afb. 7, na verwijdering van het tandvlees dat +3 bedekte. De laterale incisieven werden met een ligatuur aan elkaar gefixeerd.

Pas twee maanden later kon +3 worden gebandeerd. Op de in afb. 9 aangegeven wijze werd +3 verder om +2 heen gereguleerd en later met behulp van zeer geringe kracht (± 30 gram) omlaag gebracht (afb. 10).

Door middel van een „closing-arch”, geblokkeerd aan de eerste molaren,



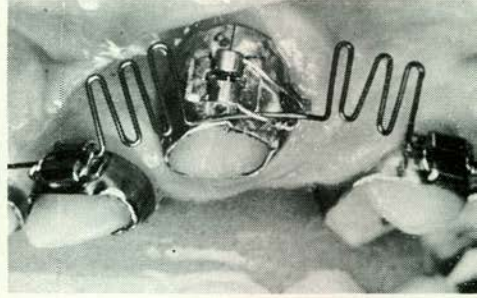
Afb. 7.



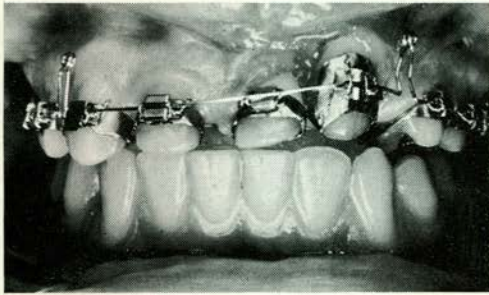
Afb. 8.



Afb. 9.



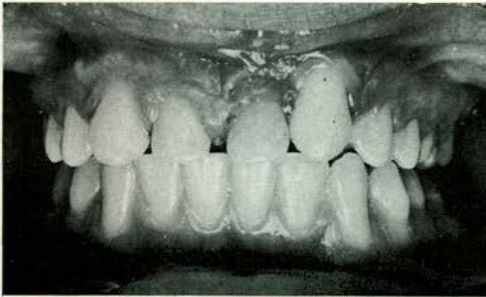
Afb. 10.



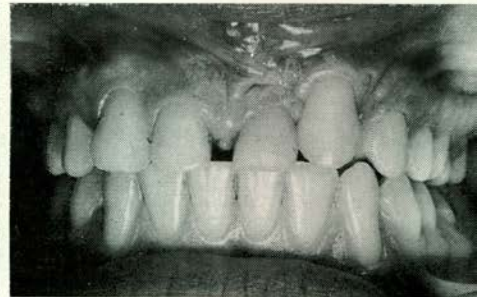
Afb. 11.



Afb. 13.



Afb. 14.



Afb. 16.

volgde verdere correctie van de stand van +3, werd tegelijkertijd de bestaande protrusie verminderd en de tandboog gesloten (afb. 11).

Gedurende het gehele verloop van de behandeling werd regelmatig röntgenologisch gecontroleerd of de elementen, onderhevig aan de in gang zijnde omvangrijke verplaatsingen, in goede conditie bleven. Aan +2 bleek een begin van wortelresorptie te ontstaan, welke vijf maanden later verder bleek te zijn voortgeschreden (afb. 12 a en b).

Een en ander leidde tot het besluit de actieve orthodontische behandeling zo snel mogelijk te beëindigen.

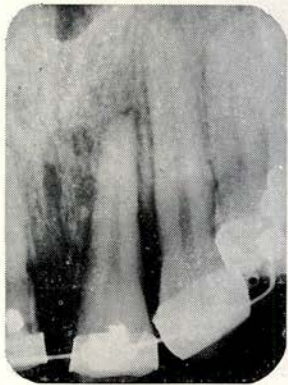
Dit geschiedde met een dunne, soepele „closing-arch” van 0,4 mm „Australian wire”. Na verwijdering van de vier premolaarbanden werd de stabilisatie van het front ingeleid en de overgebleven diastemen gesloten (afb. 13).

Tien weken later kon de vaste apparatuur tenslotte geheel worden verwijderd en een uitneembaar retentie-apparaat worden geplaatst. Op den duur kunnen 2+2 van kronen worden voorzien in de vorm en omvang van centrale incisieven en de punten van de hoektanden worden bijgeslepen.

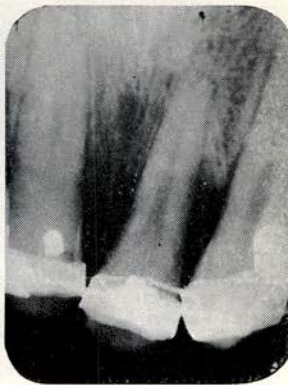
De molaarocclusie werd niet gewijzigd en bleef dus klasse II volgens Angle. Er is een stabiele knobbelinterdigitatie (afb. 14).

De foto's van afb. 15a, b en c tonen aan, dat zogenaamde reversetordering van +2 orthodontisch gezien gewenst zou zijn geweest.

Hoewel dit element dus geen ideale asrichting verkreeg, werd van verdere behandeling afgezien op grond van beginnende resorptie (zie röntgenfoto's afb. 12).



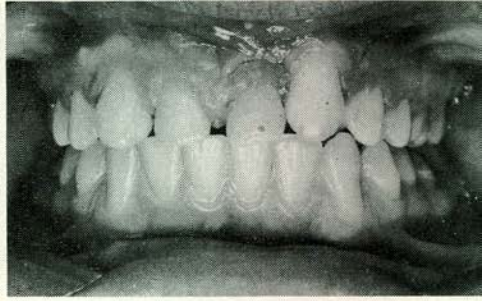
Afb. 12a.



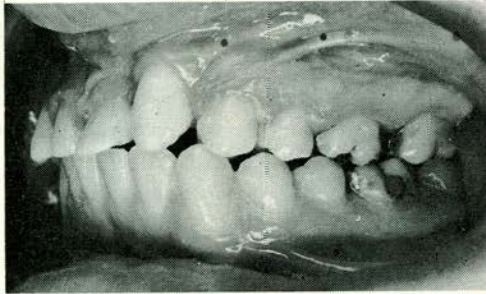
Afb. 12b.



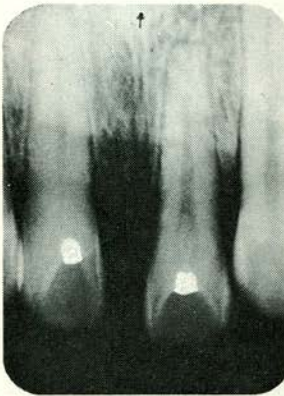
Afb. 15a.



Afb. 15b.



Afb. 15c.



Afb. 17a.



Afb. 17b.

Afb. 16 toont de occlusie ruim een half jaar na de behandeling, welke in totaal twee en een half jaar duurde; afb. 17: röntgencontrole van de toestand op afb. 16.

Tenslotte zij opgemerkt dat met een geval als hierboven werd beschreven, de grenzen van orthodontische behandelingsmogelijkheden voor de alge-

meen-practicus wel zijn bereikt. Voor het oplossen van deze problemen zijn eenvoudige middelen ontoereikend.

Uit deze serie Casuïstiek mag echter de conclusie worden getrokken dat met geduld, tijdig röntgenonderzoek (al is het maar met enkele opnamen gedurende de wisselperiode) en een kritische keuze tussen wat men wèl en wat men niet zelf kan behandelen, voor patiënt en tandarts een in functioneel en esthetisch opzicht bevredigend behandelingsresultaat valt te bereiken binnen het raam der individuele mogelijkheden. Een resultaat dat bovendien op de lange duur de nodige stabiliteit in zich bergt.

Galvanistraat 7,
Amsterdam-O.

BLADVULLING

AMATEUR-PROTHETIST

Een 78-jarige man heeft vele tandartsen versteld doen staan. Vooruitlopend op het doe-het-zelf tijdperk had hij 40 jaar lang zijn eigen prothesen vervaardigd uit vuurvast cement, soldeer, been, tapijtspijkertjes, gips, plastic en houtschroeven.

Dit eigenaardige talent kwam aan het licht tijdens een recent medisch onderzoek, waarbij 's mans vindingrijkheid opviel, doordat zijn tanden er zo metaalachtig uitzagen.

Zonder enige tandheelkundige kennis had hij gipsafdrukken in zijn eigen mond genomen. Hij gebruikte deze als vorm om de prothesen op te bouwen van vuurvast cement, dat hij van een dun laagje (vloeibaar) soldeer voorzag.

Op deze manier maakte de man verscheidene prothesen, maar hij kwam in moeilijkheden met het kauwen toen de achterste kiezen, die van soldeer waren gemaakt, afsleten. Dit probleem loste hij op door in de achterste elementen houtschroeven te laten verzinken.

Ten einde de prothesen stevig op hun plaats te houden, voegde hij op gezette tijden een laag plastische kunsthars toe, die het geheel echter zwaar maakte en moeilijkheden veroorzaakte bij het eten.

Het kunstgebit dat hij droeg toen hij in het ziekenhuis werd opgenomen, had hij 25 jaar tevoren gemaakt.

(Uit: Chemical & Engineering News: Febr. 6, 1967, pag. 152.)