

ROUTINE-MOEILIKHEDEN BIJ DE VOLLEDIGE PROTHESE

Prof. P. H. BUISMAN

Wanneer men – mede op grond van overeenstemming met de eigen ervaring – zich baseert op de bevinding in de vorige beschouwing (N.T.v.T. apr. 1968) n.l. dat, blijkens de daarin weergegeven onderzoeken, er parallelisme bestaat tussen de ontevredenheid van de prothesedragers en de objectieve beoordeling van zijn prothese, dan is het niet misplaatst de daarin geconstateerde tekortkomingen als uitgangspunt te gebruiken ter vermindering van de oorzaken van die ontevredenheid. Achtereenvolgens zou ik dan ook aandacht willen wijden aan routine-moeilijkheden die voortspruiten uit een tekort inzake de *retentie, stabiliteit, oclusie, verticale relatie, anatomische gesteldheid* en het *fysionomisch effect*.

Retentie

Tot goed begrip echter een paar opmerkingen vooraf. Wanneer in het volgende uitgegaan wordt van werkwijzen waarmee het beoogde resultaat kan worden bereikt, dan berusten zij op de overtuiging dat zij passen bij de manipulatieve routine van de gemiddelde practicus en niet bij die van de prothetist die bijzondere eisen stelt en bereid is daaraan evenredige tijd en energie te besteden.

Ten aanzien van de tijd is er echter een voorwaarde waaraan ook door de gemiddelde practicus moet worden voldaan. Zo wordt bij de afspraken-indeling doorgaans alleen rekening gehouden met de tijd die men schat nodig te hebben om een bepaalde handeling tot uitvoering te brengen. Nu is het kenmerk van de onderscheidene stadia bij de vervaardiging van een prothese dat een bevredigend resultaat niet altijd meteen wordt bereikt. Zo is niet elke afdruk in eerste instantie „onberispelijk” in de zin van algehele, volledige weergave van de onmisbare details. Aangezien de latere prothesebasis nooit beter kan zijn dan waartoe de afdruk in staat stelt, moet opnieuw afdruk worden genomen. Herhaling van deze manipulatie vergt echter in menig geval meer tijd dan waarop was gerekend bij de met de volgende patiënt gemaakte afspraak. Dreigende tijdnood kan dan maken dat men genoegen neemt met een resultaat dat zich in de definitieve prothese wrekt door

onvoldoende retentie. Dit geldt evenzeer voor een moeilijke beetbepaling die men eigenlijk niet vertrouwt of voor een pasprothese waarvan de opstelling correctie aan de stoel vereist. Dat kost allemaal onvoorzien meer tijd dan er veelal voor uitgetrokken wordt. Gevolg: dat men genoeg neemt met een resultaat waarvan – maar al te vaak ten onrechte – gehoopt wordt dat het aan de vereisten voor een acceptabele prothese geen afbreuk zal doen. Er is maar één alternatief: tijd vrij houden voor mogelijke tegenslag. Bovendien: tijd voor een zorgvuldige uitvoering van hetgeen men zich voorgenomen heeft te doen.

En nu ter zake.

Retentie en stabiliteit zijn ten nauwste verbonden en worden hoofdzakelijk beheerst door de kwaliteit van de afdruk, zowel naar materiaal als naar de aanwending ervan. In het buitenlandse onderzoek is naar voren gekomen dat de prothesedragers van het bovengedeelte onvoorwaardelijk een behoorlijk houvast verwacht maar bereid is ten aanzien van het ondergebit met veel minder genoeg te nemen.

Welnu, de retentie van het bovengebit kan verzekerd worden. Daarvoor is slechts nodig dat het uiteindelijke werkmodel van de kaak met omslagplooï naar vorm en uitbreiding daarmee identiek is. Deze absolute gelijk- en gelijkvormigheid kan bij het gebruik van alginaat als afdruk materiaal bedreigd worden door vormverandering in de tijd die verloopt tussen de afdrukname en het uitgieten. Een tijdsverloop van een etmaal zelfs bij bewaring in een vochtig milieu (plastic zakje) biedt niet voldoende garantie.

Er is naar mijn overtuiging maar één materiaal dat volstreekte vormgelijkheid waarborgt en dat is gips met gebruik van een individuele lepel. Deze werkwijze moge menig practicus overwonnen toeschijnen, zij biedt voordelen die de beoogde retentie onvoorwaardelijk in de prothese verankeren. Voorwaarde is echter een juiste plasticiteit opdat geen druk op het slijmvlies van de omslagplooï wordt uitgeoefend zoals bij gebruik van alginaat door de daaraan eigen stugheid, gevoegd bij de weerstand tegen het uitwijken van de overmaat aan materiaal.

Mits de gips plastisch is kan de overmaat zonder druk op de omslagplooï ontwijken. Wanneer men vóór het inbrengen van de lepel met de vinger materiaal in de omslagplooï deponereert (hetgeen vlug kan en moet geschieden) dan is daarmee de volledige weergave van alle details verzekerd. Een plaatselijk randtekort van de lepel wordt door het aldus geapliceerde materiaal – aangenomen dat de distale vormgeving de tuberositas omvat – gecompenseerd.

Het gebruik van de afdrukpasta stelt nauwkeuriger eisen aan de vormgeving van de individuele lepel omdat men het materiaal niet met vinger of spatel in de omslagplooï kan deponeren en het de neiging heeft om direct over de lepelrand te lopen.

Een zittende (niet leunende) houding van de patiënt met de kin op de borst en de opdracht diep door de neus adem te halen, voorkomt angstbevlieging en hinderlijke reacties.

Het voordeel van beide materialen is dat zij na verharding niet meer aan vormverandering onderhevig zijn en het uitgieten van de afdruk geen haast heeft.

Draagt de patiënt reeds een bovenprothese dan kan, om een zitting uit te sparen, deze als individuele lepel worden gebruikt voor een afdruk met pasta. Het is echter noodzakelijk eventuele randtekorten of onvoldoende distale uitbreiding met groene „Kerr” te verhelpen.

Meer moeilijkheden kan men ondervinden met de afdruk van de onderkaak. Bij patiënten tot aan en rond de middelbare leeftijd met een kort tevoren tot stand gebrachte tandeloosheid behoeft dit niet het geval te zijn. Het slijmvlies zit nog onverschuifbaar vast op periost en kaakwal. Het assortiment onderlepels volgens Schreinemaker bevat altijd een voor het geval passend exemplaar; zo nodig kan plaatselijk de rand iets korter geslepen worden zonder gevaar dat de lepel voor verder gebruik onbruikbaar zal worden. Het fronto-linguale deel van de mondbodem moet gelegenheid hebben om zich door het (vóór de verstijving van het materiaal) uitsteken van de tong en het aanraken van de mondhoecken, in de afdruk fysiologisch vast te leggen. Aldus verkrijgt men een model waarbij de latere prothese niet door de tongbewegingen wordt opgelicht. Uiteraard mag de lepelrand niet door het afdruk-materiaal te voorschijn komen wil de afdruk aan de gestelde voorwaarde voldoen. Overextensie dient door lichte massage van de onderlip en wangen te worden voorkomen.

Stabiliteit

Houden wij ons thans bezig met klachten over instabiliteit van de onderprothese. Daaronder dient te worden verstaan een gemis aan rustige ligging tijdens verticale bewegingen van de onderkaak, zowel bij het spreken als vooral tijdens het eten. Dit door de patiënt ondervonden ongemak is van te meer belang omdat de practicus niet zo zelden de ware oorzaak niet onderkent en ten slotte, na de nodige vruchteloze bezoeken, tot het advies overgaat dat hij of zij moet trachten met die beweeglijkheid een accoord te treffen.

Laat ons alvorens de ondervonden bezwaren kritisch te onderzoeken, voorop stellen dat van het ondergebit mag worden verwacht dat het bij het openen van de mond op de kaakwal blijft rusten, niet omhoog komt en niet achterwaarts wordt verplaatst. Wanneer zulks bij onderzoek het geval blijkt te zijn dan dient in de eerste plaats te worden nagegaan waar het aangrijpingspunt van de betreffende druk gezocht moet worden: in het front of in de molaarstreek. Daarbij dient men te onderscheiden tussen ongewenste druk op de tanden en die op de labiale protheserand. Zijn alleen de elementen te veel buitenwaarts opgesteld dan is een licht naar voren trekken van de onderlip voldoende om de prothese op haar plaats te houden. Laat men de lip los dan ziet men aanstonds het gebit weer een paar millimeters van plaats veranderen. Verwijdert men de frontelementen dan blijkt de prothese het euvel niet meer te vertonen waarmee tevens de ware oorzaak wordt bewezen. Een meer dorsale opstelling van het onderfront, hetgeen experimenteel dient te geschieden, is dan de remedie.

Een andere oorzaak kan gelegen zijn in de configuratie van de labiale basisrand. Er bestaat de neiging om deze – in tegenstelling tot die van de oorspronkelijke tandkassen – een bolle vorm te geven, hetwelk onverenigbaar kan zijn met de lipdruk. Ten einde dit vast te stellen zal men bij half geopende mond de onderlip voorzichtig naar voren trekken. Blijft de prothese dan wel rustig op haar plaats dan is hiermee de oorzaak opgehelderd wanneer bij het loslaten van de lip aanstonds de prothese weer wordt weggedrukt. Men dient dan de labiale kunsthars dusdanig uit te hollen tot het lipslijmvlies er zich zonder druk tegenaan kan vlijen.

Er is in dit verband nog een situatie die kritische aandacht verdient. Geeft vorengenoemde correctie niet voldoende effect dan kan de opwaartse druk veroorzaakt worden door de dikte van de onderrand. Het (verschuivende) slijmvlies van de lip kruipt er a.h.w. onder. Wanneer deze rand dunner wordt uitgewerkt dan blijkt zulks daardoor in niet weinige gevallen te worden verhinderd. Soms moet deze mesdun worden geslepen om het slijmvlies de gelegenheid te ontnemen de prothese op te lichten.

Heeft de beweeglijkheid zijn oorzaak in de molaarstreek en is deze niet toe te schrijven aan te diep reikende linguale randen dan blijkt vaak onvoldoende ruimte voor de tong aanwezig tussen de gebitselementen en aan beide zijden. De tong neemt dan bij haar talrijke bewegingen de prothese mee omhoog. De prothese van de achterzijde bekkend ziet men de molaren linguaal opgesteld met een schuin ver-

loop van de binnenzijden van de prothese. Een drastische beslijping geeft hier verbetering, resp. een meer buccale plaatsing van de betreffende elementen.

Gedachtig aan het adagium dat voorkomen beter is dan genezen, verdient het alleszins aanbeveling eerder de pas-prothese te toetsen aan de eisen van stabiliteit dan zulks uit te stellen tot de definitieve constructie, wanneer klachten van de patiënt hiertoe dwingen. Aan een en ander schijnt het in de praktijk nog al eens te mankeren. Het materiaal van de A.T.Z. wijst uit dat de betrokken tandarts er niet gemakkelijk toe komt ingrijpende veranderingen aan de prothese (waarvoor hij de verantwoordelijkheid draagt) eigener beweging aan te brengen. Daarvoor bleek als regel het radicale oordeel van de Commissie van Beroep nodig te zijn geweest ten einde tegemoet te komen aan de gerechtvaardigd bevonden klachten van de verzekerde.

Occlusie

Ten aanzien van de occlusie en articulatie kan het volgende worden opgemerkt. Het is een aan de ervaring ontleende wetmatigheid dat in de normale gevallen er een zeker parallellisme bestaat tussen de beide kaakwallen en dat ook het occlusievlak daaraan moet beantwoorden. Eventuele afwijkingen hierin dienen niet aan de noodzakelijke controle te ontgaan en voor wat de kaken betreft, op juistheid van een afwijkende situatie in het betreffende geval beoordeeld. Voor wat de opstelling betreft doet men goed een van de prothesehelften van de articulator weg te nemen en het verloop van het occlusievlak van de andere te toetsen aan het verloop van de tegenoverliggende kaakwal. Ontbreekt de evenwijdigheid dan moet de opstelling dienovereenkomstig worden gewijzigd.

Articulatie

Wat de articulatie betreft ging o.a. Gysi ervan uit dat het glijdende verloop van het occlusievlak zich dient uit te strekken over de gehele transversale baan, die de articulator toestaat. De praktijk wijst echter uit dat de zijdelingse bewegingen van de onderkaak tijdens het kauwen slechts enkele millimeters bedragen. Deze laten zich aan de opgestelde prothese gemakkelijk beoordelen op onevenwichtigheden en glijhinderenissen, die dan verholpen dienen te worden. Voor propaline bewegingen is een bescheiden horizontale overbeet naast een geringe verticale, voorwaarde ter voorkoming van frontale blokkering. De tweede onder-

molaren dienen daarbij met hun kauwvlak een dorsaal lichtopwaarts verloop te vertonen al naar de eisen van het geval bij de controle van de articulaire en propaline bewegingen.

Verticale relatie

Het vaststellen van de verticale relatie, de beethoogte dus, naar visuele maatstaf houdt het risico in dat de fysiologische situatie geweld wordt aangedaan. Een overschrijding verzacht (echter op kunstmatige wijze) bepaalde gelaatstrekken, hetgeen niet zelden ten onrechte in de beoordeling als een voordeel wordt verdisconteerd. Foto's van de patiënt van vóór de tandeloosheid kunnen goede informatie geven. Het kan dan wel blijken dat zulks alleen al ten aanzien van het gelaatstype onaanvaardbaar is. De enig betrouwbare methode – en in de praktijk gemakkelijk uitvoerbaar – bestaat in het meerdere malen meten van de afstand tussen twee stippen op de neus en kin zonder en met de beetplaten in situ, uiteraard onder inachtneming van de interocclusale ruimte als behorend bij de rustpositie van de onderkaak. Een millimeterlatje verdient vanwege de eenvoud in hantering, de voorkeur boven de schuifpasser.

Wat de centrische relatie aangaat moet men zich bij de bepaling ervan goed rekenschap geven van de emotionele gewaarwordingen van de patiënt wanneer hij twee voor zijn gevoel plumpe platen in de mond gestopt krijgt. Het is wel veel van hem en haar gevegd om onder die verwarrende omstandigheden de kaken meteen in de verwachte stand op elkaar te zetten. Hij zal zijn best ongetwijfeld doen maar met alle krampachtige gevolgen van dien. De psychische spanning waarin hij – en vooral ook zij – verkeert, moet gelegenheid gegund worden om af te zakken. Wij moeten zelf de tijd nemen om het gelaat van de patiënt, ook het profiel, in ons op te nemen en de patiënt zonder en met de beetplaten ongemerkt observeren, ook en vooral wat de verticale verhoudingen betreft. Dit houdt de zekerheid in dat er minder kans op fouten is. Het betekent alweer dat meer tijd moet worden vrij gehouden dan in de praktijk aan de verschillende etappes wordt besteed. Onder de druk van de bezette wachtkamer vertoont de practicus niet zelden een zekere haast die de patiënt niet ontgaat en de van hem verlangde passiviteit niet ten goede komt.

Anatomische gesteldheid van de kaken

Dat de anatomische gesteldheid van de kaken bij een te bereiken functioneel resultaat van groot belang is behoeft geen vermelding. Zij

wordt grotendeels bepaald door de in de tijd toenemende atrofie. Bij de stijgende gemiddelde levensduur scheidt dit een gerontologisch-prothetisch probleem dat vooral betrekking heeft op oudere vrouwen die – naar de praktijk uitwijst – gemakkelijk het slachtoffer worden van met de leeftijd toenemende osteoporose en de invloed daarvan op de resorptie van de kaakwallen. Een bepaling van de beethoogte naar de fysionomische norm gaat dan vergezeld van een evenredig versterkt kanteffect en overeenkomstige moeilijkheden inzake het adaptatievermogen dat op hogere leeftijd sterk afneemt.

Men zal in die gevallen fysionomisch genoeg moeten nemen met minder dan de norm, hetgeen te meer gerechtvaardigd is omdat niet zelden geronten, die zich nog in het bezit van een eigen gebit kunnen verheugen, vanwege de abrasie daarvan in hun gelaatsuiterlijk ook maar weinig meer doen blijken.

Pijnlijke onderprothese

In verband met de anatomische gesteldheid is er nòg een moeilijke situatie waarmee men wordt geconfronteerd bij oude patiënten die reeds jaren tandeloos zijn en waarbij de verschrompeling zich naar evenredigheid heeft voortgezet. In plaats van een nog vaste verbinding tussen slijmvlies en periost ligt het eerste in de parallelle plooiën op de vlak geworden kaak om bij elke beweging van tong en mondbodem een andere vorm aan te nemen en bij het opheffen van de eerste er overheen te worden gevlijd. Anders gezegd: de beweeglijkheid van het slijmvlies ten opzichte van de kaak is zó groot dat zelfs het meest plastische materiaal de plooiën kan vervormen of verplaatsen en bij gevolg in de afdruk niet meer dan een momentopname wordt vastgelegd. Er is een gereede kans dat de latere prothese pijnlijke verwekt omdat bij de wisselende configuratie van het slijmvlies dit onder de linguale protheserand bekneld raakt en tot het ontstaan van drukplaatsen aanleiding geeft. Dit mede in verband met het verminderde mechanische weerstandsvermogen bij bejaarde personen en de in het algemeen verlaagde pijndrempel.

Dit nu kan met name het geval zijn bij deze patiënt wanneer zijn of haar ondergebit door de kaakverschrompeling te ruim is geworden en voor vernieuwing in aanmerking komt. De oude prothese – hoe onstabiel wellicht – deed echter geen pijn. Wat blijkt echter van de nieuwe? Dat deze linguaal bij het kauwen juist wel pijn veroorzaakt. De pijnlijke, die ondanks herhaalde bijwerking van de linguale protheserand niet gemakkelijk te verhelpen blijkt, maakt de patiënt

korzelig en hij of zij denkt dan aan het oude gebit dat, hoe bezwaarlijk ook, althans geen gevoeligheid veroorzaakte tijdens het eten. Men heeft in zo'n geval geen oog voor de uiterlijke verbetering en de goede adhesie van de bovenprothese, maar verbindt zijn oordeel aan de pijnlijkheid van het ondergebit die de gedachten in beslag neemt. De patiënt beziet die oude prothese ineens met een heel andere blik en is geneigd er maar weer tot terug te keren nadat alles wat aan de nieuwe ter verlichting is gedaan, niet tot het gehoopte resultaat heeft geleid.

Dit zijn dan de gevallen die ook bij de besproken onderzoeken tot weergave zijn gekomen en door de prothese-draagsters met ontevredenheid werden gehonoreerd.

Dat de oude onderprothese geen pijn verwekt moet worden verklaard uit de omstandigheid dat bij het slinken van de kaakwal een ruimte is ontstaan waarin de ontstane plooien kunnen uitwijken. Er is aldus een overeenstemming bereikt tussen de beweeglijkheid van het slijmvlies en de in grootte toegenomen „bergplaats” voor de gevormde plooien.

Ten behoeve van de nieuwe prothese is bij het afdruknemen het slijmvlies door het betreffende materiaal naar beneden gedrukt, over de kaakwal als het ware glad gestreken. Het is duidelijk dat onder de linguale rand van de daarnaar vervaardigde prothesebasis geen ruimte bestaat voor de plooien die eronder gestuwd worden zodra de prothese als gevolg van de minimale retentie wordt opgelicht. Een pijnlijke beklemming is het gevolg, vooral tijdens het kauwen.

Er is in zo'n geval maar één geneesmiddel: radicale inkorting van de linguale basisrand tot de slijmvliesplooi niet meer in de knel kan raken. Wie dit te vergaand vindt diene te bedenken dat de prothese haar basale steun vindt op het buccale deel van de kaakwal, alwaar het slijmvlies veelal vlak blijft en dat men voorts zijn ogen niet moet sluiten voor het nuchtere feit dat de losse plooien linguaal geen wezenlijk draagvlak kunnen vormen en bijgevolg tot de steun onder de prothese niets bijdragen.

In het voorgaande is aan de onderscheidene kaakreproductieve, fysiologische en functionele factoren de nodige aandacht besteed vanuit de behoefte in de gemiddelde praktijk; voorwaarden die te zamen de garantie inhouden voor een kunstgebit dat „prettig zit”, een doelstelling die in de Amerikaanse opstellen inzake de prothetiek hoog wordt aangeslagen.

Fysionomisch effect

Een conditie die ten dele op zichzelf staat maar voor het overige nauw verbonden is met de fysiologische situatie is vervat in het fysionomisch herstel hetwelk in het onderzoek van Tel Aviv wordt geformuleerd als te bestaan uit harmonie tussen de beide prothesedelen en het gelaat van de patiënt, de vorm die met goed resultaat aan de mond is gegeven door een natuurlijk, ongekunsteld voorkomen. Bijzondere aandacht, zo luidt het verder, dient gewijd aan de ondersteuning van de lippen, het niveau van het occlusievlak met betrekking tot de lippen, de tint, vorm en grootte en de stand van de tanden.

Uit het Utrechtse onderzoek is gebleken dat aldaar de bevinding in dat opzicht niet zo gunstig is uitgevallen als men in een onderwijs-inrichting en het daarbij uitgeoefende toezicht zou verwachten. Daar was het fysionomische resultaat in 53% der beoordeelde gevallen „matig” en in 21% „slecht”. Dit is echter een bevestiging van de ervaring dat voor fysionomisch herstel anatomische en morfologische kennis van het gebit en de kaken geen waarborg inhouden voor een goede vormgeving aan de prothese. Dit is een apart vermogen dat ontwikkeld moet worden. Ook leert de visuele ervaring dat menig tandarts daar geen of onvoldoende oog voor heeft of heeft ontwikkeld en zich van zijn tekort niet bewust is. Ik denk hierbij nog niet eens aan de 4% kleurenblinden en de vele anderen met ontoereikend onderscheidingsvermogen voor tintnuances, die juist bij de tandkeuze van groot belang is.

Experimentele tandkeuze

Een der belangrijkste oorzaken is echter gelegen in de omstandigheid dat de practicus het niet als zijn taak beschouwt om het prothesefront zelf op te stellen en de gekozen elementen op vorm, grootte, tint en stand te toetsen aan het na te streven effect. Men moet er niet tegenop zien zo nodig de aanvankelijk uitgezochte elementen door andere te vervangen tot een het meest bevredigend resultaat is bereikt. Alleen op die wijze kan men zijn fysionomische kijk op het geval ontwikkelen en scherpen.

De ervaring leert ook dat het niet zelf opstellen en gemis aan vaardigheid hierin een zekere passiviteit ten aanzien van het effect in de hand werkt. De tandtechnici beroepen zich erop dat aan de opgestelde prothese zelden iets veranderd wordt en als het gedaan wordt dat het steeds dezelfde practicus betreft. In feite komt het er dus op neer dat het van de tandtechnicus en niet van de tandarts afhangt op welk esthetisch niveau de tandvervangkunst wordt uitgeoefend. Het moge

universeel zijn, het prothetisch gezag van de tandarts komt het niet ten goede.

Te kleine frontelementen

Intussen komt bij de gevestigde gang van zaken het erop neer dat de man die in het tandtechnisch laboratorium met het opstellen is belast en het gelaat van de patiënt niet kent, zich bij de keuze van het tandmateriaal laat leiden door de afmetingen van de (veelal verschrompelde) kaken en uiteraard door het bescheiden assortiment waarover hij de beschikking heeft en dat doorgaans niet een weerspiegeling blijkt van wat de natuur aan tandvormen en -grootten te zien geeft. Het is telkens weer een bevestiging van het hardnekkige euvel dat steeds weer kleinere tanden worden gebruikt dan naar natuurlijke maatstaf voor het geval passend zou zijn geweest. De fabrikanten van kunsttanden treft in deze zeker geen verwijt, hun assortiment omvat alle variaties, ook de meest forse elementen.

Te veel tinten

Ten aanzien van de tinten is dit eveneens het geval, al valt het te betreuren als een gemis dat de gedekte en donkere nabootsingen (vermoedelijk door gebrek aan voldoende vraag) uit de collecties zijn verdwenen. Het waanidee van „mooie” tanden, los van een harmonisch effect, is dodelijk gebleken voor toepassing van „lelijke” maar karaktervolle, voor oudere personen natuurgelijkende tinten. En de oudjes zijn juist de prothesedragers bij uitstek.

Van de tintenschaal die wel in stand wordt gehouden kan worden gezegd dat die wordt gekenmerkt door een subtiele verscheidenheid waarvan het nut bezwaarlijk kan worden erkend. Al die nuances mogen de kleurspecialist belangrijk schijnen (anders werden ze niet vervaardigd), voor het ongevoelige, althans weinig geoefende oog van de practicus kunnen zij alleen maar verwarrend werken en in de tandtechnische laboratoria tot keuzebeperking leiden. Op deze overdrijving heeft ook J. H. Lee in zijn boek over „Dental Aesthetics” (1962) met nadruk gewezen.

Bij de opstelling laat de tandtechnicus zich dan verder leiden door de verkregen routine en tandposities die aan zijn abstracte schoonheidsideaal beantwoorden. Dat hierbij de voor gelaatsherstel noodzakelijke lipvulling vaak ontoereikend is, maar als zodanig aanvaard, wordt

bewezen door het veelvuldig negatieve mondprofiel dat karakteristiek is voor menig prothesegezicht.

Ik heb geenszins de illusie dat door te pleiten voor de dwingende noodzaak dat de tandarts althans het gebitsfront zelf opstelt, aan de gevestigde situatie – hoe bedenkelijk ook – enige verandering zou worden aangebracht. Daarom zou ik als middel om een bevredigende opstelling te bevorderen, willen aanbevelen dat ten minste via de beetplaten de juiste lipvulling daarin wordt vastgelegd. Aldus krijgt de technicus aanwijzingen voor een daaraan beantwoordende stand van de frontelementen. Door was op te brengen, resp. weg te schrapen is het mogelijk waardevolle aanwijzingen te geven voor de definitieve vormgeving. In tegenstelling tot het natuurlijke, d.w.z. concave verloop van de tandkassen en omslagplooï, wordt aan de kunstharsrand eerder een bolle vorm gegeven waardoor de lipvulling doorgaans allesbehalve natuurlijk aandoet.

Een bron van klachten vormt niet zelden het niet of niet voldoende zichtbaar zijn van het gebitsfront. Het komt vooral bij oudere prothesedragers voor dat zij bij het spreken de indruk maken „geen tanden in de mond te hebben”. Op de televisie kan men dat herhaaldelijk waarnemen. Natuurlijk dient men er rekening mee te houden dat met de leeftijd de verticale beweeglijkheid sterk afneemt en dat men niet door een benedenwaartse verlegging van het incisale niveau de patiënt een kwasi jeugdig voorkomen wil trachten te geven dat niet bij zijn leeftijdstype past. Een opvallend vertonen van het gebit is een kenmerk van de jeugd en werkt bij oudere prothesedragers anachronistisch. Het komt er op aan bij de beoordeling van het incisale niveau, dat bij het lachen en spreken de tanden zichtbaar zijn maar niet opvallend. Uitgangspunt is de lijn die de mondhoecken verbindt echter met inachtneming van de individuele verticale ontbloting van het gebitsfront tijdens de bedoelde reacties.

Staande patiënt

Het enige en meest waardevolle middel om fysionomische tekortkomingen te vermijden bestaat daarin dat men de patiënt met de pasprothese in situ uit de stoel laat opstaan om de prothese te kunnen beoordelen vanuit de gezichtshoek waaronder mensen elkaar ontmoeten. In de stoel is deze voor de practicus ten enen male onjuist en onnatuurlijk en bijgevolg een oorzaak van fouten die bij een waarneming op sta hoogte van de patiënt aanstonds kunnen worden ontdekt. Dat deze meteen ter plaatse en niet door summiere aanwijzingen via de tand-

technicus gecorrigeerd dienen te worden om het resultaat d.w.z. het verbeterde effect te kunnen controleren, staat voor mij onomstotelijk vast. Ongetoetste correcties en mogelijk verkeerd begrepen aanwijzingen leiden niet zelden tot een onvoldoend of niet-bedoeld resultaat. Er kan daarop niet sterk genoeg de aandacht worden gevestigd.

Het is van essentieel belang dat de tandarts bij de kritische beoordeling van de pasprothese tevens de patiënt daarin betreft. Nog beter is het de patiënte uit te nodigen iemand mee te brengen, aan wier oordeel zij waarde hecht. Het is ook van belang niet alleen zelf het profiel van de patiënte op het fysiologisch herstel te beoordelen maar ook haar gelegenheid te geven dit in *twee* spiegels te bekijken. Dit om latere kritiek, als de prothese geplaatst is, af te wenden.

Wanneer de tegenwerping wordt gemaakt dat dit alles te veel stoeltijd vergt of de afspraakregeling in de war stuurt dan is daarop slechts één antwoord: de prothetische behandeling heeft evenveel recht op geconcentreerde aandacht als elke andere. Zulks te meer omdat de honorering, zeker in de particuliere praktijk, dit alleszins rechtvaardigt. Bovendien, veranderingen aan de voltooide prothese zijn veel omslachtiger, duurder en vergen veel meer tijd en humeurbederf dan correcties aan de pasprothese. Deze laatste bieden tevens de gelegenheid om de fysiologische blik te oefenen zomede de gelegenheid voor het streven naar een optimaal te bereiken esthetisch effect.

Inderdaad, het maximale effect. Om dat na te streven dient niet alleen te worden gelet op vorm, grootte en tandtint (deze laatste in overeenstemming met de gelaatskleur) maar niet minder op harmonie met het leeftijdstype zoals dat in het voorkomen wordt weergegeven. Afgewezen moet worden de veelvuldig toegepaste ideale opstelling zoals die ontleend wordt aan het jeugdige gebit. Deze past geenszins bij het oudere individu; er wordt bovendien te weinig rekening gehouden met het verschil in optisch gedrag tussen natuurlijke en kunststanden. Een gesloten opstelling in het front doet op enige afstand aan als een porseleinfacade waarin de afzonderlijke elementen zich niet als zodanig voordoen, hetgeen bij het natuurlijke gebit wel het geval is. Daarom altijd, zij het geringe, diastemen. De ervaring heeft geleerd – en dit wordt ook in de betreffende Amerikaanse literatuur erkend – dat een zekere spreiding (diastemen) in de frontelementen, aangepast aan het geval, het natuurlijke effect verrassend bevordert en de camouflage van de tandeloosheid ten goede komt.

Routine-moeilijkheden kunnen zich als regel voordoen bij de vervaar-

diging van protheses in gevallen van geprononceerde anomalieën in het vroegere eigen gebit.

Protrusie

Bij een protrusie wordt veelal getracht de herinnering daaraan weg te werken door het aanbrengen in de opstelling van een normale frontrelatie. Dit betekent echter een dusdanige verandering in de gelaatskarakteristiek dat de patiënt niet meer op zichzelf lijkt en bij kennissen de indruk wekt herstellende te zijn van een ernstige ziekte. De onderste gelaatshelft ziet er met en ondanks de prothese geatrofieerd uit. Het streven moet er op gericht zijn het gelaatstype als gevolg van de protrusie, niet te vernietigen maar alleen te verzachten. De anomalie dient in de bovenprothese te worden gehandhaafd zij het in verzwakte vorm. Vooral in de zichtbaarheid van de centrale snijtanden kan dit tot uitdrukking worden gebracht.

Progenie

Bij de progenie ligt de moeilijkheid tot verzachting in het scheppen van een meer vloeiend profielverloop. Dit kan eensdeels worden bereikt door de veelal vlezig onderlip gelegenheid te geven minder naar voren te welven. Daarvoor is nodig het onderfront meer dorsaal op te stellen dan met de vorm van de kaakwal overeenkomt. De labiale kunsthartrand moet bovendien tot minimale dikte worden herleid. De elementen mogen niet naar binnen hellen maar moeten verticaal worden geplaatst. Zo nodig wordt de labiale rand weggelaten. Dit gaat niet in mindering van de stabiliteit omdat de kaakwal in de premolaarstreek en verder dorsaal doorgaans vanwege zijn omvang voldoende steun biedt. Het bovenfront dient tezelfdertijd ventraal te worden uitgebouwd zodat de snijranden op elkaar komen.

Tot slot nog iets over klachten inzake moeilijkheden met het spreken. De ervaring wijst uit dat de tong zich in verreweg de meeste gevallen snel weet aan te passen aan de nieuwe situatie. De in studieboeken aanbevolen controle door de patiënt te laten spreken met de pasprothese, is weinig effectief omdat daarbij de tijd voor aanpassing van de tong ontbreekt en de patiënt er niet veel van terecht kan brengen. Het komt doorgaans wel goed, ook zonder deze pseudo-oefening met een maar matig vastzittende en onwennige pasprothese.

Lispelen

Er is echter maar één moeilijkheid die niet door oefening overwonnen

wordt en dat is lispelen of beter „slissen” bij het uitspreken van de „s”. Hierbij ontwijkt de lucht niet alleen over de tongpunt maar ook terzijde van de premolaren. Dit is het gevolg van een constructiefout in de prothese waarbij enerzijds de plaat achter de incisieven te bol kan zijn en het meest prominente gedeelte dorsaal van de snijtanden is gelegen. Belangrijker is de tweede oorzaak n.l. een binnenwaartse opstelling van de premolaren waardoor wordt belet dat de tongzijden zich volledig tegen de gehemelteplaat kunnen vlijen. Er blijft dan een luchttek over dat zich door de ontwijkende lucht kenbaar maakt.

Wordt deze fout pas aan de gereede prothese ontdekt, dan kan door drastische zijdelingse beslijping van de palatinale knobbels de situatie worden verbeterd. Is dat niet voldoende dan dienen de premolaren meer buccaal te worden geplaatst wat ook esthetisch een verbetering zal blijken. Het is beter ter voorkoming, de pasprothese kritisch op de stand van deze elementen te bekijken.

Pijn en plaatsing

Als laatste punt inzake routine-moeilijkheden zou ik nog aandacht willen wijden aan de pijnlijke prothese. Naar de oorzaak van de pijnlijkheid dient scherp te worden onderscheiden tussen de zichtbare en de niet-waarneembare slijmvliesreacties. De eerste worden teweegebracht door te vèr reikende randen van de kunstharsbasis en vinden hun correctie in de verlaging, ter plaatse van het drukulcus.

De tweede groep waarvan de oorzaak niet zo gemakkelijk visueel valt op te sporen, spruit voort uit onevenwichtigheden in de occlusie en articulatie. Deze zijn alleen te verhelpen met behulp van (dun) articulatiepapier waarbij de intensiteit van de kleuring tevens een maatstaf is voor de mate van beslijping van het kauwvlak. Dat het zinloos is om aan de hand van aanwijzingen van de patiënt de prothesebasis aan plaatselijke wegneming van materiaal te onderwerpen, behoeft geen betoog, al bestaat daar niet zelden de neiging toe. Het moet helaas worden vastgesteld dat aan het inslijpen van de prothese niet altijd die zorg wordt besteed die voor een efficiënt en pijnloos gebruik van de prothese wordt vereist en waarop, als essentieel onderdeel van de plaatsing, de patiënt recht heeft. Het is verrassend wat deze procedure voor het „prettig zitten” van de prothese èn dus voor de patiënt betekent. Het kost weliswaar tijd maar daarover werd reeds gesproken.

Het zich de tijd gunnen blijft nu eenmaal de grondslag van prothetisch succes.

Rembrandtkade 55II,
Utrecht.