

Een palatinaal of linguaal aangebrachte steunfossa is esthetisch fraaier, mechanisch ook beter, want het moment van inwerkende krachten is geringer door de kortere arm. Nu moet wel worden gezegd dat het palatinale vlak van een bovenspidaat door zijn anatomische vorm geschikter is voor het aanbrengen van een steunfossa dan het linguale vlak van een cuspidaat in de onderkaak.

In het algemeen zijn incisieven ongeschikt om steunen te herbergen. De ronde wortelvorm en een al of niet uitgesproken inclinatie van het element zijn nu niet direct factoren die ons in positieve zin helpen.

Is bovendien de lengte van de klinische kroon groter dan de intra-alveolaire wortellengte dan moet een aangebrachte steun wel ongunstige gevolgen hebben.

Over het algemeen prefereren wij verscheidene steunen zodat bovengenoemd anatomisch nadeel min of meer omzeild wordt. Wat betreft de uitvoering geldt hier hetzelfde als voor de cuspidaat, met dien verstande dat factoren als esthetiek en mechanica in de frontstreek nog een grotere rol spelen.

Samenvatting:

Van de factoren die een voorname rol spelen bij de behandeling van het gemutileerde gebit zijn het onderzoek van de patiënt, behandelingsplan, ontwerp en technische uitvoering van de partiële prothese de meest belangrijke.

In voorafgaande beschouwing is aandacht besteed aan de occlusale steun en steunfossa, een beperkt gebied uit de problematiek van de technische uitvoering.

Steunfossae kunnen worden aangebracht in gezond glazuur, amalgaamrestauraties en gegoten restauraties.

In alle gevallen moet de steunfossa zodanige diepte hebben dat de occlusale steun voldoende materiaaldikte heeft, zonder de occlusie en articulatie te storen.

De preparatie dient zodanig te zijn dat de fossa zelfreinigend en zelfcenterend wordt; maatregelen die gericht zijn op het behoud van het restgebit.

Summary:

The principal factors in the treatment of a mutilated dentition are: examination of the patient, therapeutic planning, and design and manufacture of the partial prothesis.

This paper discusses occlusal support and supporting fossa, a limited area in the problem field of prosthodontics.

Supporting fossae can be formed in intact enamel, amalgam repairs and cast repairs. In all cases the supporting fossa should be of such depth that the occlusal support has sufficient material thickness, without interfering with occlusion and articulation.

The fossa should be formed so as to be self-cleansing and self-centring: measures aimed at preservation of the remaining dentition.

Literatuur:

1. *Andreson, J. N., Bates, J. F.* (1959): The cobalt-chromium partial denture. A clinical survey. *Brit. D. J.* 107: 52.
2. *König, K. G.* (1967): Karies prophylaxe durch lokale fluoranwendung. *Schweiz. Mschr. Zahnheilk.* 77: 555.
3. *Pameyer, J. H. N.* (1969): Over de gedeeltelijke omslijping bij het vervaardigen van parodontologische aanvaardbare restauraties. *N.T.v.T.* 76: 9.
4. *Terkla, L. G., Laney, W. R.* (1963): Partial dentures. The C.V. Mosby Company Saint Louis, Third edition.
5. *McCracken, W. L.* (1964): Partial denture construction. The C.V. Mosby Company Saint Louis, Second edition.

Okapistraat 71,
Nijmegen.

KLINISCHE LESSEN

PREPROTHETISCHE CHIRURGIE*)

GEOFFREY L. HOWE, Professor of Oral Surgery

Mijnheer de voorzitter, dames en heren,
Aan mijn contacten met uw land en met de Nederlanders bewaar ik de meest prettige herinneringen en het verheugt mij dan ook, dat ik weer in Nederland ben. Ik wil beginnen

*) Voordracht gehouden voor de Najaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen, 1969. (Referent: Prof. Dr. G. Boering, Groningen.)

met mijn dank uit te spreken voor de eer die u mij hebt bewezen door mij uit te nodigen hier vandaag voor u een voordracht te houden.

Er is mij gevraagd te spreken over operatieve correcties die het maken van een goede gebitsprothese mogelijk maken of vergemakkelijken. Ik zou willen beginnen met enige algemene principes uiteen te zetten, waarop mijn behandelingen gebaseerd zijn.

Algemene principes

Preprothetische chirurgie is geen panacee. Deze vorm van operatieve hulp is bijvoorbeeld gecontraïndiceerd bij patiënten met een negatieve instelling. Wanneer de patiënt niet geïnteresseerd is in een goede prothese of deze toch niet draagt, heeft een operatieve correctie geen zin.

Sommige patiënten, die voor preprothetische chirurgie worden verwezen, verkeren in een slechte algemene toe-

stand, terwijl de meesten van hen oudere mensen zijn. Het komt er dus vaak op neer dat in sommige gevallen een contraïndicatie tegen elke operatieve ingreep bestaat en dat in andere alleen het hoognodige zal mogen worden gedaan. Onder deze omstandigheden moeten de patiënt en de prothetist erop voorbereid zijn dat een ideale toestand niet altijd bereikbaar is en dat er vaak een compromis gesloten zal moeten worden.

Men mag in zijn enthousiasme nooit vergeten dat preprothetische chirurgie alleen dan van waarde is, als het de prothetist inderdaad helpt een betere prothese te maken. Daar de wensen van verschillende prothetisten sterk uiteen lopen, moet de operateur zijn ingreep aanpassen aan de speciale behoeften van de prothetist, die de prothese voor de betrokken patiënt zal maken.

Geen enkele mondchirurg kan deze vorm van chirurgie succesvol bedrijven, als hij niet op de hoogte is van de voorwaarden voor het maken van een goede prothese.

De prothetist verlangt dat de basis voor de prothese zo groot mogelijk is. De benige basis moet vrij zijn van resten van het natuurlijke gebit en bedekt zijn door een mucoperioost laag, die overal vrijwel even dik is, d.w.z. nergens zo dun dat belasting door een prothese niet wordt verdragen, of zo dik dat de stabiliteit tijdens de kauwbewegingen of bij ongelijkmatige belasting onvoldoende is. Het deel van de kaak, waarop de prothese rust, moet vrij zijn van scherpe botuitsteeksels, die tot pijn en drukulcera aanleiding kunnen zijn.

De prothese moet de gehele onderlaag overal even zwaar belasten. De mate van retentie van de prothese wordt voor een belangrijk deel bepaald door de soepelheid en elasticiteit van de mucosa ter plaatse van de omslagplooi. Fibreuze strengen, te hoge spieraanhechtingen en uitgebreide buccale en labiale ondersnijdingen kunnen een goede afsluiting bemoeilijken en daardoor de retentie verminderen. Het is in het algemeen niet wenselijk een ondersnijding voor retentie van een prothese te benutten.

Preprothetische chirurgische ingrepen mogen niet uitgebreider zijn en niet langer duren dan absoluut nodig is. Meervoudige ingrepen of behandelingen, die verscheidene zittingen kosten, moeten worden vermeden, als dit maar even mogelijk is. Hetzelfde geldt voor technieken die hevige pijnen of langdurige nabezwaren veroorzaken. De periode na de operatie, waarin het gebit niet mag worden gedragen, moet zo kort mogelijk worden gehouden. Wij streven er altijd naar deze binnen de twee weken te houden.

In de praktijk komt preprothetische chirurgie eerder neer op het bereiken van kleine verbeteringen, dan op het verkrijgen van spectaculaire resultaten. Het uiteindelijke succes wordt voor een belangrijk deel bepaald door de kennis en kunde van de prothetist, met andere woorden, of deze in staat is de verbetering die door de operatie is verkregen, volledig te benutten.

Tijdens het bedrijven van preprothetische chirurgie moeten we er voor oppassen dat we bij het wegnemen van de ene stoornis niet een nieuwe veroorzaken. Er moet op worden gelet dat er zo weinig mogelijk littekens worden veroorzaakt en dat deze komen op plaatsen, waar ze zo weinig mogelijk in conflict komen met de prothese.

In vele van de zogenaamde uitgesproken moeilijke pro-

thesegevallen worden de problemen veroorzaakt door een lokale afwijking, bij slechts weinig andere spelen meer uitgebreide afwijkingen een rol.

Als het prothetische probleem moet worden opgelost door een operatieve correctie is het van belang dat de wensen van de prothetist nauwkeurig worden omschreven, voordat het operatieplan wordt opgesteld. Men moet hierbij tevens bedenken dat men de ingreep aanpast aan de patiënt.

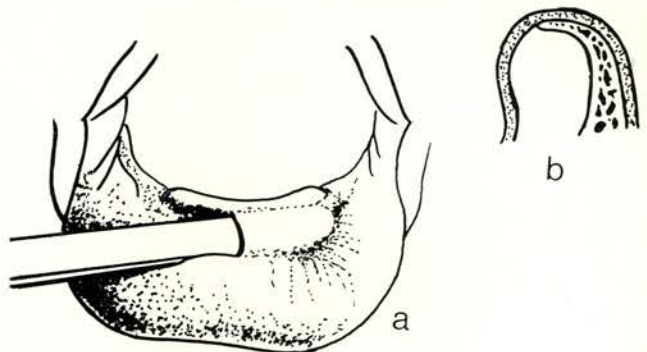
Preprothetische chirurgie in de onderkaak

De problemen, veroorzaakt door een sterke resorptie van de onderkaak, zijn ons allen maar al te zeer bekend. Er is een aanzienlijke verkleining van het gebied dat als basis voor de prothese kan dienen; de spieraanhechtingen worden steeds meer geprovoceerd en vormen vaak plaatsen waar, door het dragen van de prothese, pijn en drukulcera optreden. De atrofie van mucosa en onderliggende lagen maakt dat deze zeer gevoelig zijn bij belasting en nauwelijks de druk van een prothese verdragen.

Er kan een *traumatische neuritis* ontstaan van de n. mentalis, als de resorptie van de kaak zo ver voortgeschreden is, dat het foramen mentale op of bijna op de kaak is komen te liggen en de prothese bij belasting druk op de zenuw kan uitoefenen.

Een *ondersnijding* van de processus alveolaris kan het maken van een goede prothese bemoeilijken. Operatief is deze afwijking moeilijk te corrigeren. Als het overhangende bot wordt verwijderd, blijft een messcherpe, richelvormige processus over. Het is daarom beter de kaakwal te verbreden door de ondersnijding op te vullen.

Dit kan geschieden door via een subperiostale tunnel autogeen bot of sulfa succidine in te brengen. Dit laatste is een onoplosbaar sulfapreparaat dat normaal wordt gebruikt voor desinfectie van de darm. Wil men een redelijke vulling overhouden, dan is het nodig ongeveer vier maal zoveel in te brengen als nodig is om een goed resultaat te verkrijgen. Het preparaat verstoort de normale bloedstolling. Het is daarom van belang goed te hechten en de patiënt voor te lichten over de kans op uitgebreide hematomen. (Afb. 1.)



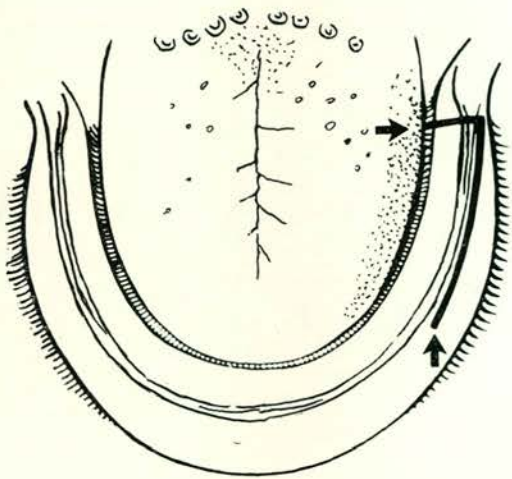
Afb. 1.

a. Het maken van een subperiostale tunnel in het onderfront.
b. De tunnel en ondersneden proc. alveolaris op doorsnee.

De gecreëerde ruimte kan worden opgevuld met bot of met sulfa succidine.

Bij de sterk geresorbeerde onderkaak vormen vooral de *linea mylohyoidea*, het *tuberculum mentale* en de *spina mentalis*, als de meest prominente punten, plaatsen van pijn en gevoeligheid bij het dragen van een prothese. Een Engelse prothetist, Prof. Liddelow, heeft aangetoond dat in deze gevallen van sterke resorptie de onderprothese tijdens het kauwen voortdurend naar links en rechts en naar voren en naar achteren wordt verplaatst. De stabiliteit van het kunstgebit kan in deze gevallen worden vergroot door de *linea mylohyoidea* weg te nemen, zoals dit is beschreven door Downton (1954) en de *sulcus buccalis* in het onderfront te verdiepen. Bij de methode volgens Downton wordt de scherpe *linea mylohyoidea* gerecedeerd en samen met een deel van de hieraan hechtende spier verwijderd. Het niet meer vastzittende deel van de spier trekt zich terug in de weke delen van de mondbodem, waardoor de protheserand op deze plaats geen weerstand meer ontmoet. De mucosa wordt niet verplaatst, doch gewoon weer op de oorspronkelijke plaats gehecht. De incisie wordt over de *processus alveolaris inferior* gelegd en eventueel wordt vlak voor het *trigonum* een verticale ontspanningssnede gemaakt. Door deze incisie wordt voorkomen dat het litteken komt op een plaats, waar de protheserand zal komen te liggen. (Afb. 2, afb. 3.)

Bij het verdiepen van de omslagplooi in het onderfront is het van belang dat de protheserand in een bed van soepele mucosa komt te liggen. De meeste operateurs prepareren een lap die zijn basis heeft in de onderlip en slaan deze om in de diepte, waar men hem vasthecht aan het periost. De lipzijde van de wond wordt dus met mucosa bedekt, terwijl de kaakzijde per secundam geneest. Het is



Afb. 2. De incisie voor de correctie van een scherpe *linea mylohyoidea* wordt over de *proc. alveolaris* gelegd, met eventueel dorsaal een verticale ontspanningssnee.

echter beter deze operatie juist andersom uit te voeren en de mucosa niet op het diepste punt van de nieuw gecreëerde sulcus, doch daar juist even voorbij vast te hechten aan de binnenzijde van het tegen de lip verplaatste periost. Het diepste deel blijft dan bestaan uit soepele mucosa. Gelijktijdig kunnen eventuele oneffenheden op de kaak worden weggenomen. De dislocerende werking van de *musculus mentalis* is opgeheven: afb. 4.

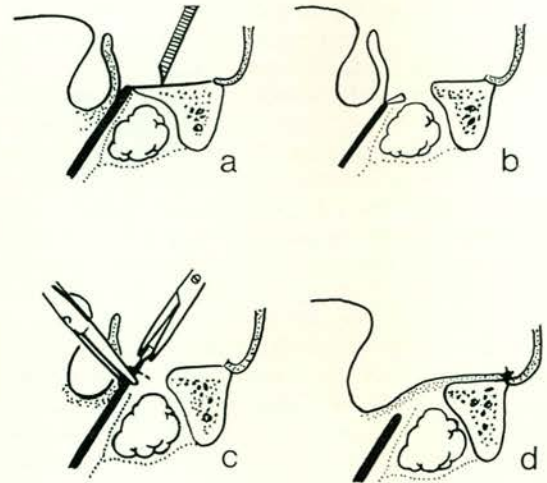
Beide operaties kunnen gemakkelijk onder lokale anesthesie bij een zittende patiënt worden uitgevoerd.

Voor de sterk geresorbeerde onderkaak vormt de combinatie van een correctie van de *linea mylohyoidea* met een verdieping van de labiale sulcus de meest gevraagde en ook de meest nuttige ingreep.

Elke operatietechniek, toegepast in het onderfront, met het doel de basis en de retentie van de prothese te verbeteren, moet voldoen aan de volgende voorwaarden.

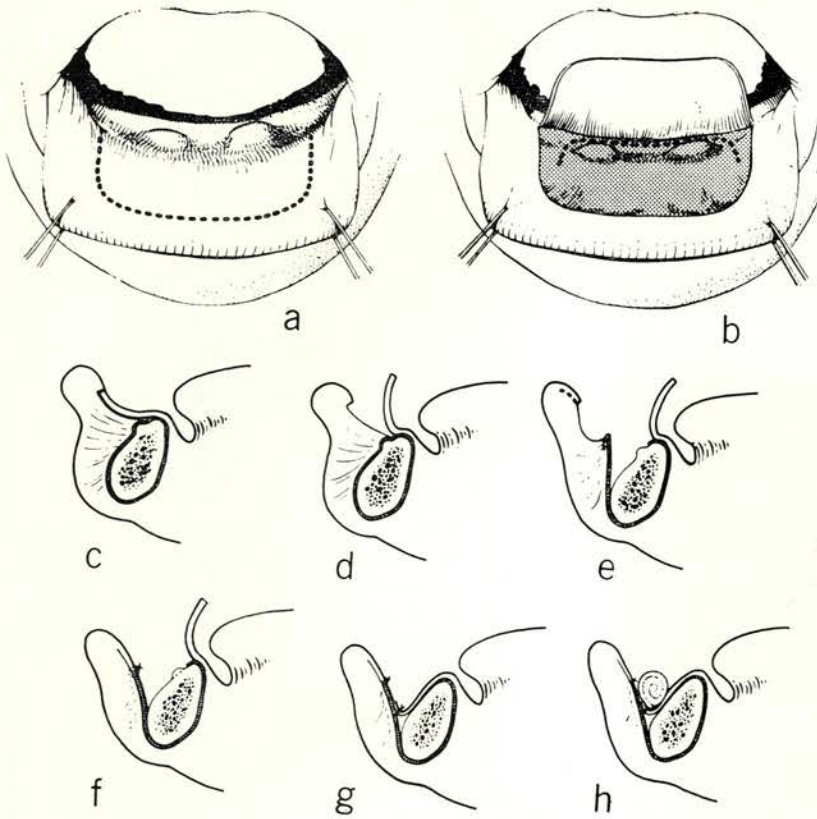
- De *sulcus labialis* moet dieper worden en de benige basis groter. Er moet een verhoogde weerstand worden geschapen tegen de krachten, die de prothese naar dorsaal trachten te verplaatsen.
- Het moet mogelijk zijn om de *tub. ment.* te verwijderen.
- Er moet worden voorkomen dat de bovenste vezels van de *musculi mentales* weer kunnen aanhechten.
- Er moet een U-vormige sulcus ontstaan met op het diepste punt een soepele mucosa.

Niettegenstaande de ingreep onder lokale anesthesie kan worden uitgevoerd, wordt de verdieping van de labiale sulcus meestal onder narcose verricht en zeker, wanneer deze gecombineerd moet worden met een correctie van de *linea mylohyoidea* aan beide zijden.



Afb. 3.

- Het wegbeitelen van een scherpe *linea mylohyoidea*.
- Het losse botfragment zit nog vast aan de zich contraherende spier.
- Spier en botfragment worden gescheiden.
- De spier is teruggetrokken, de linguale zijde van de onderkaak is glad en er is voldoende ruimte voor de linguale vleugel van de onderprothese.



Afb. 4.

- a. Incisie aan de binnenzijde van de onderlip voor een omslagplooiplastiek.
- b. Mucosalap opgeklapt. Periost-incisie voor de correctie van het tuberculum mentale beiderzijds.
- c. Incisie.
- d. Opklappen mucosa.
- e. Afschuiven periost en mobiliseren van de lipmucosa en van het periost langs de wondrand.
- f. Het inhechten van het periost in de lip en correctie van de benige uitsteeksels.
- g. De mucosalap wordt tegen de lip gehecht, waardoor op het diepste punt van de omslagplooi geen litteken ontstaat.
- h. Door een wattenrol wordt de mucosa in de diepte gefixeerd. De hiertoe aangebrachte hechtingen zijn niet in de tekening aangegeven.

De resultaten worden aan de hand van enige voorbeelden getoond. Per jaar worden in het Royal Dental Hospital ongeveer 250-300 van deze operaties uitgevoerd.

Indien nodig kan deze techniek zo gemodificeerd worden dat ook een messcherpe processus gelijktijdig gecorrigeerd kan worden; men moet er dan echter rekening mee houden dat de genezing enigszins vertraagd zal zijn.

Als de *spina mentalis* erg fors is kan de mondbodem hier zelfs hoger liggen dan ter plaatse van de sterk geresorbeerde processus. Het verkrijgen van een goed afsluitende protheserand is hier dan vrijwel onmogelijk. Via een voorachterwaartse incisie kan men de spina bloot leggen en gedeeltelijk of geheel reseceren. In het laatste geval is het verstandig van te voren de musculus genioglossus door een ligatuur goed te vatten en lager aan de onderkaak aan te hechten door middel van draden door de kaak.

Bij correctie van een te *fors tongbandje* is het van belang dat de incisie zo hoog mogelijk wordt gelegd om afvloestoorissen van speeksel uit de ductus submandibularis als gevolg van littekencontractie te voorkomen (afb. 5).

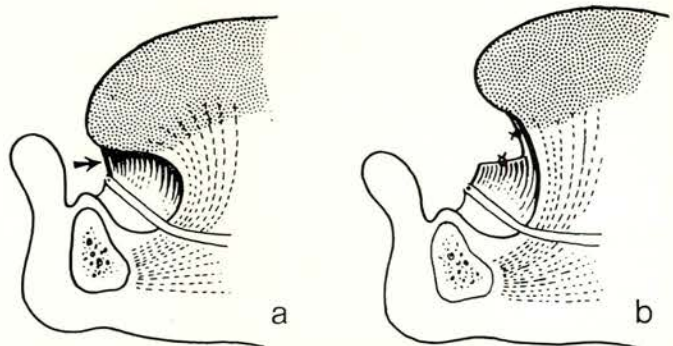
Hiermee zijn de belangrijkste technieken besproken, die in het Royal Dental Hospital bij de sterk geresorbeerde onderkaak worden toegepast. Zelden bestaat er behoefte aan zeer uitgebreide operaties, waarbij gebruik wordt gemaakt van bottransplantaten of vrije huidtransplantaten.

Preprothetische chirurgie in de bovenkaak

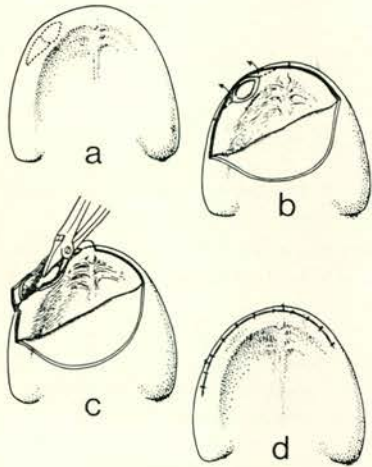
Patiënten voor operatieve correcties in de onderkaak zullen in het algemeen moeten worden doorgestuurd naar de specialist voor mondheilkunde. In de bovenkaak zijn vaak alleen kleinere correcties nodig die ook zonder bezwaar door

de geïnteresseerde algemeen-practicus kunnen worden uitgevoerd.

In Engeland is het gebruikelijk dat de tandarts die de gebitsextractie uitvoert, ook de prothese maakt. Vaak ontbreekt het echter aan inzicht en vooruitziende blik, met als gevolg dat de tandarts tijdens de extractie zelf de problemen schept, die hem later het maken van een prothese bemoeilijken. De tijd, besteed aan de beoordeling van een patiënt, bij wie een totale extractie of een mondheilkundige ingreep moet worden uitgevoerd, vanuit een prothetische gezichtshoek, wordt altijd ruimschoots beloond. Het is hierdoor mogelijk tijdens de extractie allerlei ongewenste situaties te voorkomen of op eenvoudige wijze te corrigeren.



Afb. 5. Correctie van een te fors tongfrenulum.



Afb. 6. Het gebruik van een „osteoplastic flap” bij de verwijdering van een gereteneerde bovencuspidaat met het doel de vorm van de proc. alveolaris te behouden.

De vorm van de processus kan men trachten te behouden door tijdens het verwijderen van *gereteneerde elementen* liever het element te fragmenteren dan veel bot op te offeren. Bij een gereteneerde bovenhoektand is het soms mogelijk het buccale bot met de beetel zo te splijten dat het aan het mucoperiost vast blijft zitten (osteoplastic flap), de wond kan hierdoor, na verwijdering van het element, weer gesloten worden, zonder dat de vorm van de processus nadelig is beïnvloed. (Afb. 6.)

Achtergebleven radices worden bij voorkeur verwijderd via een buccaal venster, zoals dit b.v. bij een apexresectie wordt gedaan.

Ook voor de bovenkaak geldt dat het bij de meeste van de moeilijke prothetische gevallen, de zogenaamde „denture cripples”, gaat om plaatselijke afwijkingen, die vrij gemakkelijk en met eenvoudige operatiemethoden kunnen worden verholpen.

Zo is verreweg de meest voorkomende afwijking, waar wij voor geconsulteerd worden het *te grote tuber maxillae*. Meestal wordt deze verdikking veroorzaakt door een overmaat aan stug fibreus bindweefsel. De dikte van deze laag is dikwijls fraai op de röntgenfoto te zien. De correctie hiervan is betrekkelijk eenvoudig. (Afb. 7, afb. 8.)

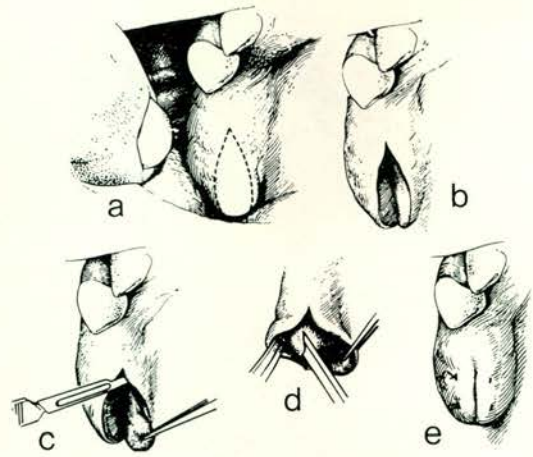
De voordelen zijn:

- voldoende intermaxillaire ruimte;
- eliminering van buccale ondersnijdingen;
- voldoende ruimte tussen bovenkaak en opstijgende tak;
- een goede, stevige basis voor de prothese.

Bij deze tubercorrecties moet er op gelet worden dat er distaal nog voldoende hoogte van de processus overblijft, waaromheen de prothese zijn houvast kan vinden.

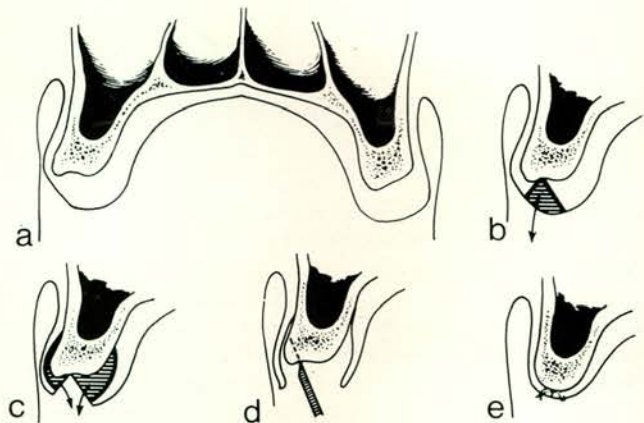
Er worden in het Royal Dental Hospital ongeveer 500 tubercorrecties per jaar uitgevoerd.

Het principe van deze techniek kan ook worden toegepast bij een zogenaamde „flabby ridge” („Schlotterkamm”), hierbij bestaat echter het gevaar dat men bij het hechten de diepte van de sulcus buccalis vermindert, vooral als men het weefsel te ver mobiliseert. (Afb. 9.)

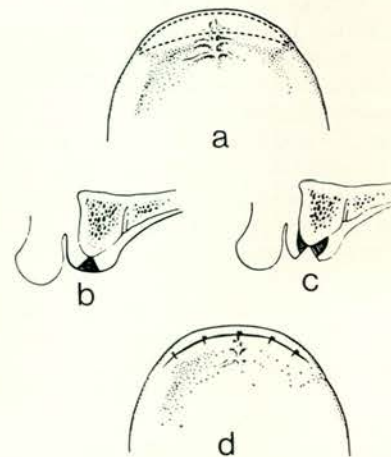


Afb. 7.

- Operatietechniek tubercorrectie. Incisie.
- Wigvormige excisie.
- Ondermijnen van de mucosa en verwijdering van het op de kaak achterblijvende fibreuze weefsel.
- Correctie van een benige buccale ondersnijding.
- Sluiting door middel van matrassnaden.



Afb. 8. Tubercorrectie op dwarsdoorsnee.



Afb. 9. Wigvormige excisie uit een „flabby ridge” in het bovenfront.

In de bovenkaak ziet men vaak een combinatie van een „flabby ridge” in het front en een vergroot fibreus tuber. De oorzaak hiervan is meestal dat een natuurlijk onderfront occludeert met een bovenprothese en deze belast ventraal van het centrum van de processus. Mogelijk is het vergrote tuber op te vatten als een aanpassing, of als een gevolg van een door de prothese uitgeoefende zuigwerking, als deze in het front wordt belast.

Te forse frenula en te hoge spieraanhechtingen kunnen een goede randafsluiting van de prothese bemoeilijken. Als men een frenulum corrigeert om prothetische redenen, wordt gesproken van een *frenulumplastiek* en als men deze verwijdert om orthodontische redenen, van een *frenulum-extirpatie*. Dit is niet alleen maar een woordenspel, doch de doelen, die met deze ingrepen worden nagestreefd, zijn zeer verschillend. De orthodontist wil het fibreuze weefsel in de mediane sutuur van de bovenkaak verwijderd hebben, terwijl de prothetist een te ondiepe plaats in de om-slagplooï verdiept wil zien. De frenulumplastiek volgens Lee Downton is een eenvoudige en geliefkoosde methode om dit laatste doel te bereiken. (Afb. 10.)

De operatieassistent moet tijdens de gehele ingreep de bovenlip strak naar boven trekken om de fibreuze streng aan te spannen en goed zichtbaar te maken. Volgens de ontwerpers van deze techniek is het mogelijk fibreuze strengen tot 6 mm breed op deze wijze te corrigeren. Voor zeer brede strengen en buccale frenula verdient echter de Z-plastiek de voorkeur. (Afb. 11.)

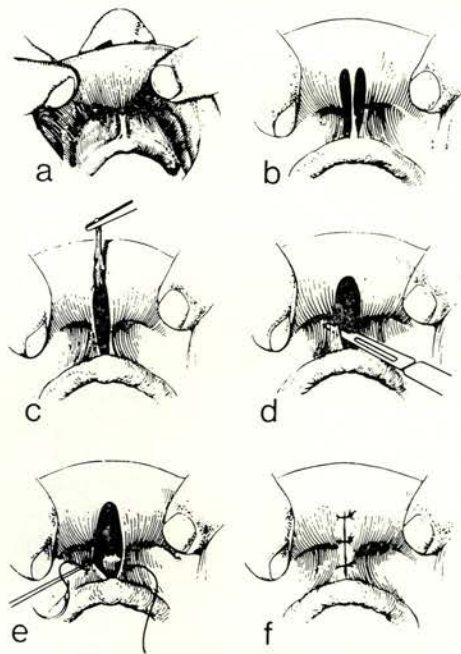
Bij *ondersnijdingen in het bovenfront* kan dezelfde techniek worden toegepast als die, welke voor het onderfront is beschreven.

Fibreuze knobbels of verdikkingen zijn vaker een stoornis bij het maken van een prothese, dan men uit het geringe aantal beschrijvingen in de literatuur wel zou vermoeden. Een röntgenfoto mag niet achterwege blijven, opdat niet een in de diepte gelegen pathologisch proces over het hoofd wordt gezien. Dikwijls worden deze lokale zwellingen veroorzaakt door een in de diepte gelegen chronische ontsteking, uitgaande van een achtergebleven granuloom of wortelrest. Vanzelfsprekend moeten deze ongerechtigheden eerst worden opgeruimd. Als er geen duidelijk pathologisch proces in de diepte is, moeten deze „fibrous knots” worden uitgeboord met een grote ronde boor of een grove steen.

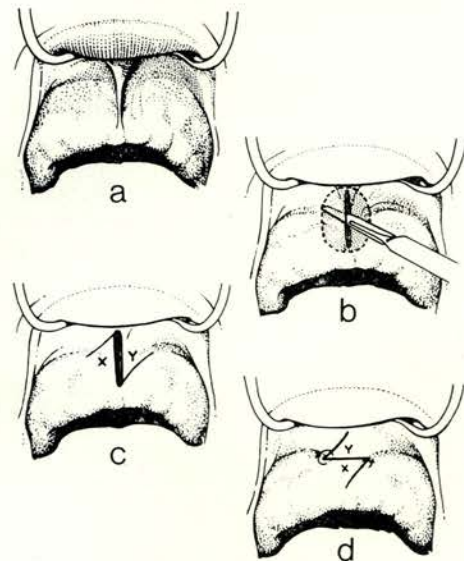
Exostosen en tori kunnen prothetische problemen geven die echter op conservatieve wijze zijn op te lossen. Het is verbazingwekkend hoe zelden men het verzoek krijgt om om prothetische redenen een torus te verwijderen. Er wordt minstens even vaak een torus palatinus geopereerd om niet-prothetische redenen (bijv. carcinofobie).

Het kan soms moeilijk zijn van een gelobde torus palatinus het mucoperiost af te schuiven. Gewoonlijk wordt de incisie gemaakt zoals deze is aangegeven in afb. 12.

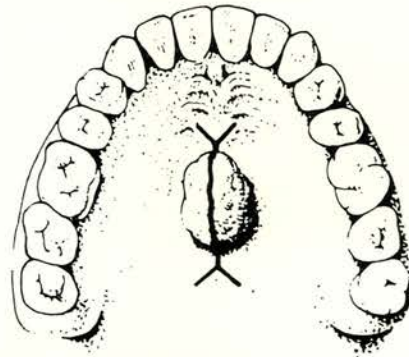
Waarschijnlijk verdient een U-vormige snede rond de afwijking (naar dorsaal open) de voorkeur. Het kan n.l. voorkomen dat bij het wegbeitelen van de torus een perforatie naar de neus ontstaat. Ingeval van een klassieke incisie en een dunne mucoperiostlaag kan deze perforatie moeilijk te sluiten zijn. Bij de U-vormige incisie heeft men deze moeilijkheid niet.



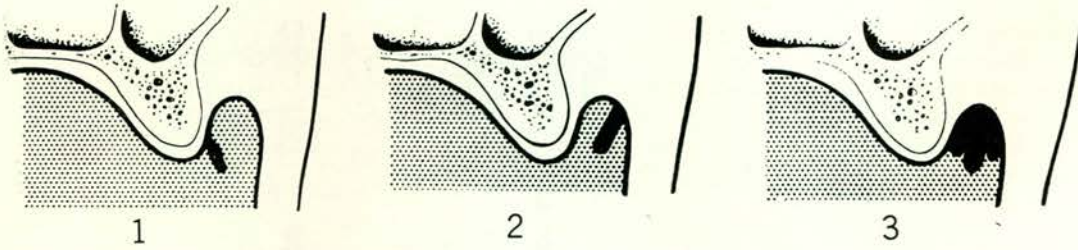
Afb. 10. Voorbeeld van een frenulumplastiek.



Afb. 11. Toepassing van het Z-principe bij de frenulumplastiek.



Afb. 12. Incisie voor de verwijdering van een torus palatinus.



Afb. 13. Classificatie van lappige fibromen.

Lappige fibromen worden gewoonlijk toegeschreven aan ulceratie en proliferatie van granulatieweefsel dat verbindweefselst. Cooper is echter van mening dat sommige van deze afwijkingen worden veroorzaakt, doordat de weke delen als het ware tussen de scherpe rand van de slecht passende prothese en de geresorbeerde processus worden ingezogen. Hij is een warm voorstander van een conservatieve therapie, d.w.z. hij geeft het advies de prothese geruime tijd niet te dragen, of hij verwijdert ter plaatse van de irritatie de protheserand. De indruk bestaat echter dat deze wijze van handelen wel de ontstekingsreacties doet afnemen en pas ontstane lesies kan doen verdwijnen, doch dat oudere afwijkingen, die veel bindweefsel bevatten, niet spontaan verdwijnen. Ofschoon vele autoriteiten voor het verwijderen van lappige fibromen het diathermische mes adviseren (voornamelijk om bloedingen te voorkomen) geeft dit toch te veel littekenweefsel en verdient scherpe verwijdering de voorkeur. Lappige fibromen komen vaak voor in combinatie met een sterke resorptie van de kaak. Het eist vaak een goed inzicht en zorgvuldig opereren om het nog aanwezige restant van de omslagplooi niet verloren te doen gaan. Vaak zal men gebruik maken van een combinatie van scherp en stomp prepareren, waarbij men er in de regel voor zorgt dat het onderliggende periost en de musculatuur intact blijven.

De behandeling van het optredende defect wordt bepaald door de afmeting en lokalisatie van de basis van het irritatiefibroom.

Er zijn drie klassen te onderscheiden. (Afb. 13.)

Klasse 1: lappige fibromen met een basis uitsluitend op het vaste mucoperiost van de kaak;

Klasse 2: lappige fibromen met een basis geheel op het slijmvlies van wangen, lippen of mondbodem;

Klasse 3: uitgebreide lappige fibromen, die de omslagplooi geheel of nagenoeg geheel opvullen.

Weefseldefecten ontstaan na verwijdering van een klasse 1-afwijking, genezen onder minimale littekenvorming als het blootkomende periost wordt bedekt met een of ander wondverband dat gedurende de eerste postoperatieve week op zijn plaats blijft. (Afb. 14.)

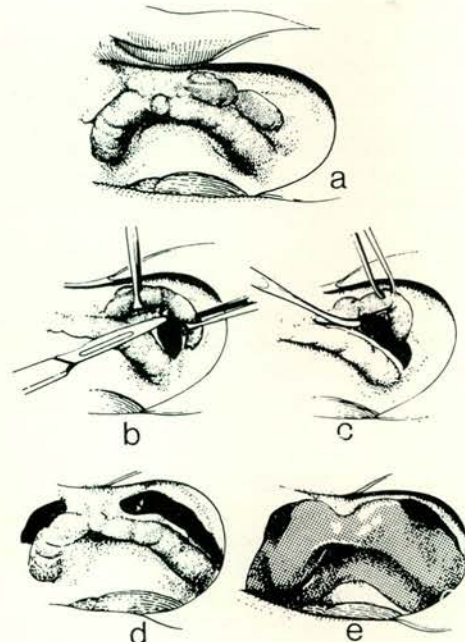
Wonden ontstaan door verwijdering van een klasse 2-afwijking genezen gewoonlijk per primam, als de aangrenzende elastische mucosa na submucoze mobilisatie wordt benut om de blootliggende musculatuur te bedekken.

Bij uitgebreide klasse 2- en 3-afwijkingen is men met deze methode meestal echter niet in staat het gehele defect te bedekken, zonder dat ook de omslagplooi verstrijkt. Het is dan het best de mucosa zo goed mogelijk te mobiliseren

en het defect er zo ver als mogelijk is mee te bedekken, door de randen (onder niet al te grote spanning) vast te zetten aan de onderliggende musculatuur. Op deze wijze wordt het wondgebied dat per secundam moet genezen, gereduceerd, hetgeen excessieve littekenvorming en verlies aan diepte van de omslagplooi zoveel mogelijk voorkomt.

Na de excisie van *zeer uitgebreide irritatiefibromen* is het soms verstandiger het defect te bedekken met een *vrij huidtransplantaat*, nadat men tevens de omslagplooi heeft verdiept. De patiënt met lappige fibromen heeft gewoonlijk lange tijd een slecht passende prothese gedragen zonder hierover te klagen. Het zijn gewoonlijk deze patiënten die na de operatie over hun nieuwe prothese, die, alhoewel lang niet ideaal, toch beter is dan de oude prothese, zeer tevreden zijn. Dit is de reden dat een uitgebreide omslagplooi-verdieping met inbrenging van een vrij huidtransplantaat, zelden geïndiceerd is.

In het vorenstaande is uiteengezet dat het in de bovenkaak vaak plaatselijke afwijkingen zijn die moeilijkheden met de prothese geven. Grotere ingrepen in verband met een sterke resorptie van de maxilla komen minder voor dan die in de onderkaak.



Afb. 14. Verwijdering van een lappig fibroom.

Ik dank u voor het feit dat u mij de gelegenheid hebt willen geven mijn ervaringen mee te delen en dat u zo geduldig hebt willen luisteren.

Discussie

1. Welk effect heeft het ingebrachte sulfa succidine?

Vermoedelijk zal het in de meeste gevallen aanleiding zijn tot de vorming van straf bindweefsel. Er zijn echter ook aanwijzingen dat in sommige gevallen nieuw bot is gevormd.

2. Wanneer is preprothetische chirurgie geïndiceerd en wie stelt de indicatie?

Dit is inderdaad een moeilijke vraag. De indruk bestaat dat de indicatie te weinig wordt gesteld en dat men blijft tobben met gevallen die eenvoudig gecorrigeerd zouden kunnen worden. Ook in preventief opzicht, direct bij de extractie, wordt nog te weinig gedaan. Hopeloze gevallen moeten eerst door een prothetist worden beoordeeld. Dit laatste kan in universitaire centra wel eenvoudig zijn, doch elders is het vaak moeilijk een deskundig oordeel te krijgen. Samenwerking met de prothetist leert de mondchirurg dat het vaak gaat om iets meer steun of iets meer retentie op bepaalde plaatsen, terwijl uitgebreide correcties met een maximaal hoge processus zelden vereist zijn.

3. Welke is de indicatie voor een vrij huidtransplantaat en wie snijdt deze laatste?

Het vrije huidtransplantaat wordt steeds minder gebruikt. Het wordt alleen toegepast bij zeer uitgebreide lappige fibromen, bij een zeer sterke atrofie van de onder- of bovenkaak en bij defecten. Soms kan men gebruik maken van de submuceuze plastiek.

De huidlap wordt als regel door de mondchirurg zelf gesneden, althans in het Royal Dental Hospital.

Het spreekt vanzelf dat dit soort behandelingen niet geschikt zijn voor de algemene praktijk.

4. Hoe moet de instelling zijn ten aanzien van geretineerde elementen bij edentate personen?

Als het element wordt ontdekt voor of tijdens de extractie van het restgebit kan men het beter gelijktijdig verwijderen. Bij verwijdering, bijv. van de M_3 sup. zal men ervoor moeten zorgen dat het tuber gespaard blijft.

Als het element wordt ontdekt bij een edentate patiënt en het geen klachten of afwijkingen veroorzaakt, kan men het laten zitten. Het is echter van belang periodiek een controlefoto te maken.

Royal Dental Hospital,
Londen.

Illustraties overgenomen met schriftelijke toestemming van de auteur en van John Wright & Sons Ltd., Bristol.

CASUISTIEK

ZES INCISIVES SUPERIORES

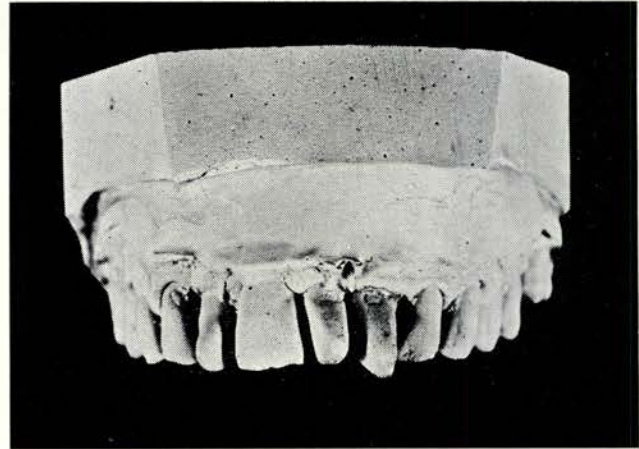
J. I. J. F. VERMEEREN

Onlangs werd door mij een 48-jarige man gezien met nagenoeg volledige dentitie. Slechts de M_1 s d ontbreekt (geëxtraheerd). Alle dentes sapientiae zijn aanwezig en doorgebroken. In het bovenfront bevinden zich zes gebitselementen tussen de C s d en de C s s, waarvan drie, mogelijk door ruimtegebrek, 90° zijn geroteerd. Twee hiervan tonen aan de palatinale zijde duidelijke abrasie.

Onderzoek

In de anamnese zijn geen congenitale anomalieën bekend, zoals palatoschisis (Millhon en Stafne, 1944) en cleidocraniale dysostosis (Brash, 1956), waarbij het voorkomen van overtallige elementen regelmatig wordt aangetroffen.

Het bestuderen der x-foto's van onder- en bovenkaak leverde geen bijzonderheden op. Afgezien van enkele caviteiten werden noch andere overtallige elementen, noch andere afwijkingen waargenomen.



Morfologie

De zes tanden bezitten een kroon en een wortel zoals normaliter bij incisieven in het bovenfront worden waargenomen. De lokalisatie maakt geen andere vooronderstelling waarschijnlijk.

Discussie

Gezien de vorm en plaats der elementen kunnen zij als incisieven worden beschouwd. De grootte maakt aanneme-