

## EEN GEVAL VAN RECONSTRUCTIE VAN EEN GEMUTILEERD ONDERGEBIT

A. GREVERS

*Uit de vakgroep Parodontologie  
van de Universiteit van Amsterdam.  
Voorzitter: Prof. Dr. L. Coppes.*

*Trefwoorden:* Restauratieve tandheelkunde – Parodontologie

De hierna volgende beschrijving van de reconstructie van een ernstig gemutileerd gebit in de onderkaak is een vervolg op het artikel: Fundamentele eisen voor restauratieve behandeling (Grevers, 1980). Daarin worden de voorwaarden besproken, waaraan in de restauratieve tandheelkunde moet worden voldaan om een duurzaam en bevredigend resultaat te mogen verwachten. Zij worden hier in het kort nogmaals aangegeven. Allereerst is een goede mondhygiëne vereist, voorts een gezond parodontium, daarnaast moet de vormgeving van de aangebrachte restauraties aan de gestelde eisen voldoen en tenslotte dient het eindresultaat esthetisch bevredigend te zijn. De aldaar in bijzonderheden beschreven benaderingswijze vormt tevens de basis voor de thans volgende casuïstiek.

### Casuïstiek

De patiënt van het mannelijk geslacht is ten tijde van het eerste consult 46 jaar oud. Zijn klacht is dat de laatst overgebleven elementen in de onderkaak onrustbarend los gaan staan. Vaak doen zich ontstekingen voor in het tandvlees. Het verlies van deze elementen die steun bieden aan een partiële frameprothese zal tot gevolg hebben dat de patiënt een volledige onderprothese zal moeten dragen. Hij ervaart dit als een ernstig probleem.

### Bevindingen/diagnose

In de bovenkaak wordt reeds gedurende vele jaren een volledige prothese gedragen. In de onderkaak zijn de cus-

pidaten en premolaren nog aanwezig, die zowel links als rechts door middel van kronen aan elkaar zijn gespalkt. Deze twee blokken dienen als steun voor een frameprothese. Het linker blok is zowel in vestibulo-orale richting als in mesio-distale richting hypermobiel, het rechter blok is behalve in dezelfde richtingen ook nog mobiel in verticale zin.

De gingiva is duidelijk ontstoken (score 3 volgens de Sulcus Bleeding Index). Rondom alle elementen doen zich pockets voor, variërend van 5 tot 11 mm. De mobiliteit van de elementen, zelfs met het frame in situ, wordt hinderlijk ervaren doch levert geen directe problemen op bij de spraak of tijdens het eten. De röntgenfoto's tonen naast cariës ernstige parodontale afbraak (afb. 1).

### Samenvatting:

De behandeling van een patiënt, met slechts vier hypermobile elementen in de onderkaak, wordt beschreven. Elementen met een sterk gereduceerd parodontium. Door een systematische behandeling van de verschillende problemen, bleek het mogelijk met succes een 12-delige brug te maken.

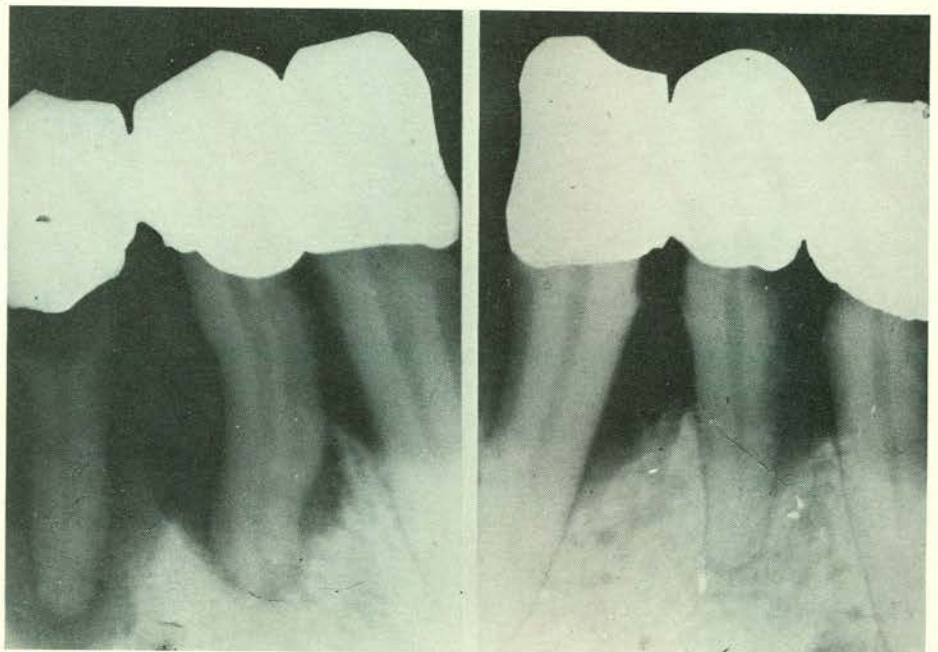
### De behandeling

#### Fase 1

De mobiliteit van de elementen en de geringe parodontale steun in combinatie met de ernstige parodontitis en het dragen van een frame zal tot een verslechtering van de situatie aanleiding geven en zo mogelijk tot spontane extractie van, allereerst, het rechter blok kunnen leiden.

Het is noodzakelijk de restauraties te verwijderen en een tijdelijke 'vaste' spalk op de aanwezige elementen aan te brengen. Hierdoor behoeft het frame niet meer te worden gedragen en zullen de elementen axiaal en daardoor gunstiger worden belast.

Na het doorslijpen van de soldeerpunten tussen de verschillende kronen bleek het mogelijk de 44 en 45 met duim en wijsvinger uit hun pockets te tillen.



Afb. 1. Röntgenbeeld bij de aanvang van de behandeling.

Onder voortdurende ondersteuning met één of meer vingers worden de vier elementen met behulp van curettes tot diep in de pocket zo goed mogelijk schoon gemaakt en de preparaties bijgewerkt.

Met behulp van snel-polymeriserende kunsthars en Directa-noodkronen wordt vervolgens in de mond een tijdelijke voorziening gemaakt van 35 tot 45.

Een alginaat-afdruk van de prothese en twee afdrukken van de onderkaak worden uitgegoten in stone. Deze modellen en een relatiebeet gaan naar de tandtechnicus voor het vervaardigen van een tijdelijke brug.

Deze brug bestaat uit gegoten zilveren kappen die onderling zijn verbonden door een stevige staaf. Over dit geheel wordt een elementenprofiel van kunsthars geperst van 36 tot 46. De laatste elementen worden in de vorm van een premolaar uitgevoerd.

#### Fase 2

De aldus vervaardigde brug wordt tijdelijk gecementeerd, de occlusie en articulatie zo goed mogelijk ingeslepen in balans met de bovenprothese. In de hierop volgende weken wordt in een aantal zittingen de occlusie en articulatie verder ingeslepen. Bovendien wordt de mondhygiëne gecontroleerd en – indien nodig – nader geïnstrueerd. Zodra een stabiel resultaat is bereikt, kan de afspraak voor de parodontaal-chirurgische behandeling worden gemaakt.

#### Fase 3

Dankzij de naar vestibulair en linguaal afgeschoven lappen wordt een overzicht verkregen over de elementen en het alveolaire bot. Het granulatieweefsel wordt verwijderd waardoor een duidelijk overzicht over de kratervormige botdefecten ontstaat. Deze defecten bleken dusdanig diep, dat van een compleet 'uitvlakken' geen sprake kan zijn. Getracht wordt een zoveel mogelijk glooiend verloop te verwezenlijken. De lappen worden apicaalwaarts verplaatst en gehecht. De vóór de operatie verwijderde noodbrug kan nu opnieuw worden gecementeerd en een wondverband aangebracht.

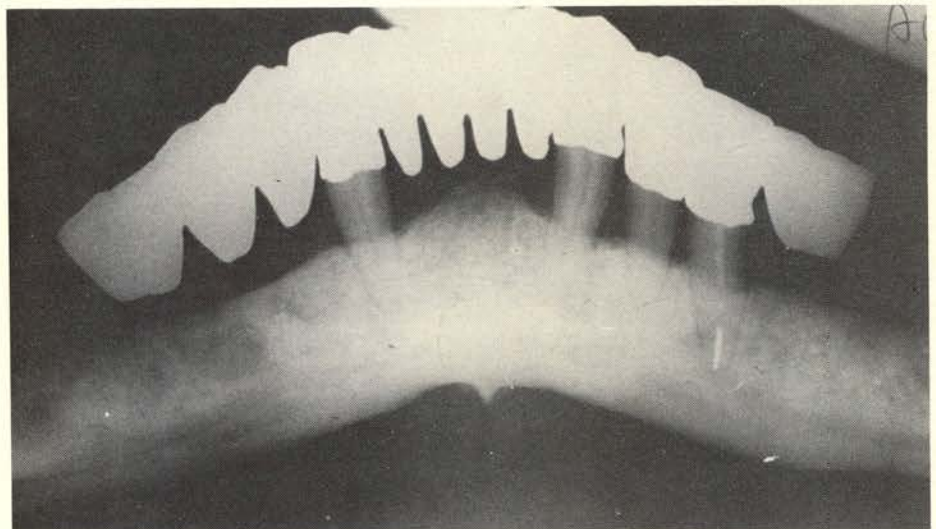
Na genezing blijkt het niet mogelijk een voldoende mondhygiëne uit te voeren, wellicht omdat de gingivarand en het diepste punt van de omslagplooi ongeveer samenvallen. Alsnog worden twee vrije palatumtransplantaten aangebracht. Het blijkt daarna wel mogelijk een voldoende mondhygiëne uit te voeren.

Gedurende tien maanden vinden hierna regelmatige controles plaats op de mondhygiëne en de occlusie en articulatie. Het wordt dan duidelijk dat een klinisch stabiele situatie is bereikt, d.w.z. een gezond parodontium en een stabiele brug die goed functioneert. Sinds het eerste consult is inmiddels één jaar verstreken. Nu kan worden overgegaan tot het vervaardigen van de definitieve brug.

#### Fase 4

Na het verwijderen van de tijdelijke brug worden de preparaties van de vier pijlerelementen nogmaals bijgewerkt. De elementen staan alle redelijk vast. De outline wordt ook nu weer hoog boven de gingiva gehouden.

Met behulp van Impregum wordt een afdruk gemaakt van de onderkaak. De relatie met de bovenprothese wordt vastgelegd met een kunsthars spalk over de pijlerelementen en een ZnO-eugenolpasta. Van de tijdelijke brugen de prothese worden alginaat-afdrukken genomen, waarna een eenvoudige face-bowregistratie wordt uitgevoerd. De tandtechnicus plaats het bovenmodel in een Dentatus-articulator en vervaardigt vervolgens met behulp van het model van de tijdelijke brug een incisaaltafel van kunsthars. In deze in-



Afb. 2. Röntgenbeeld één jaar na het cementeren van de uiteindelijke brug.



Afb. 3. De 12-delige brug.

cisaaltafel liggen de contactbewegingen van de tijdelijke brug met de prothese vast.

Nu kan het onder-stompmiddel in de articulator worden geplaatst en kan een aanvang worden gemaakt met de vervaardiging van de metalen brug met opgebakken porselein.

Drie weken later wordt de brug voorlopig geplaatst. De patiënt vertrekt de dag daarop voor enige tijd naar het buitenland. Bij zijn terugkeer blijkt ten gevolge van een geringe overbelasting een pulpitis te zijn ontstaan in de 35.

Een kanaalbehandeling volgt, waarna de brug definitief wordt gecementeerd (afb. 2 en 3).

Ook nu vinden in de eerste tijd weer regelmatige controles van de mondhygiëne en de occlusale relatie plaats. Het interval tussen de controles wordt uiteindelijk drie maanden. De brug functioneert inmiddels, naar volle tevredenheid, ruim twee jaar.

*Summary:*

Title: Reconstruction of a lower dental arch.

The treatment of a patient with only four-, hypermobile teeth remaining in the mandible is described. The teeth had a significantly reduced periodontal ligament. A systematic approach to the different problems made it possible to reconstruct the lower arch successfully with a fixed prosthesis.

*Literatuur:*

1. Grevers, A. (1980); Fundamentele eisen voor restauratieve behandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 87: 234

November 1980.

Adres: Dr. A. Grevers,  
Louwesweg 1,  
1066 EA Amsterdam.

## OVER HYPODONTIE, OLIGODONTIE EN DE BEHANDELING VAN DE DAARUIT VOORTVLOEIENDE GEBITSDEFICIËNTIES. I.

J. B. VISSER

*Trefwoorden:* Gebitspathologie – Hypodontie – Oligodontie

### *Inleiding: hypodontie en oligodontie*

Het is op zichzelf helemaal geen indrukwekkend of zeldzaam verschijnsel dat bij een patiënt één of meer elementen door agenesie ontbreken. Het valt zelfs vaak moeilijk van een 'afwijking' te spreken, althans in de betekenis die daaraan in de ziekteleer gewoonlijk wordt gehecht. Het ontbreken van het element dat het meest aan agenesie onderhevig is, nl. de derde molaar, wordt in de tandheelkundige praktijk terecht alleen maar als een meevaller beschouwd. Immers niet alleen de patiënten, maar ook de practici zouden heel wat complicaties van allerlei aard bespaard blijven, als dat lastige element voorgoed van het toneel verdween.

Er heerst intussen op het gebied van hypo- en oligodontie, zowel wat de wetenschappelijke evaluatie als wat de klinische beoordeling aangaat, nog wel enige verwarring. Zoals zo dikwijls het geval is met verschijnselen, over het ontstaan waarvan men in het onzekere verkeert, komt deze verwar-

ring ook in de naamgeving tot uitdrukking: bepaalde termen worden door elkaar gebruikt. Ook de behandeling van eventueel ontstane gebitsdeficiënties bezorgen de practicus vaak heel wat moeilijkheden. Redenen genoeg dus om op dit onderwerp wat nader in te gaan.

### *Naamgeving*

Wat de naamgeving betreft, kan men van het standpunt uitgaan dat, wanneer slechts afzonderlijke elementen (maar wel veelal dubbelzijdig) niet zijn aangelegd, van *hypodontie* moet worden gesproken en dat de term *oligodontie* (Gr. 'oligos' = 'weinig') dient te worden gereserveerd voor de gevallen waarin een groot aantal elementen door agenesie afwezig is. Het is echter aanstonds duidelijk dat deze scheidingslijn tamelijk willekeurig en in elk geval niet scherp is, want hoe groot moet het aantal ontbrekende elementen dan wel zijn om de benaming 'oligodontie' te rechtvaardigen, terwijl de term 'hypodontie' in feite beide cate-

### *Samenvatting:*

In dit artikel worden hypodontie en oligodontie besproken. Tussen beide begrippen wordt duidelijker scheiding gemaakt dan in de literatuur gewoonlijk gebeurt.

Vergeleken worden de frequentie van voorkomen en de etiologische factoren. Aanleiding tot deze beschouwing vormde een artikel van J. A. Hobkirk en A. H. Brook 'The management of patients with severe hypodontia', zoals dat werd gepubliceerd in de Journal of Oral Rehabilitation van 1980, volume 7, bladzijden 289-298.

gorieën dekt. Toch heeft het onderscheid wel enige zin: aan agenesie van een groter aantal elementen is veel gemakkelijker het begrip 'afwijking' te hechten, niet alleen omdat de alsdan ontstane gebitsdeficiëntie tot duidelijke functionele en esthetische stoornissen leidt, maar ook omdat de onvolledigheid van het gebit bij menige patiënt niet op zichzelf staat, maar gepaard gaat met aangeboren ontwikkelingsstoornissen elders.

Om praktische redenen wordt in dit artikel het onderscheid tussen hypodontie en oligodontie aangehouden, echter met dien verstande dat in het laatste geval van de veronderstelling wordt uitgegaan dat die andere ontwikkelingsstoornissen niet per se aanwezig behoeven te zijn.