

bel en de uitgebreidheid van de mesiale slice zullen bij bovenpremolaren grotendeels bepalend zijn voor de esthetische aanvaardbaarheid voor een patiënt.

– Een andere factor, waarmee rekening gehouden moet worden bij het indiceren van de slice-onlay op een (zichtbare) bovenpremolair, is een naar buccaal doorschemerende amalgaamrestauratie. Ook na het plaatsen van de slice-onlay kan deze donkere doorschemering nog zichtbaar zijn. Voor een patiënt kan dit esthetisch bezwaarlijk zijn. Dit probleem kan ondervangen worden door tijdens het voorsaneren geen amalgaam maar composiet te gebruiken. Voor het verkrijgen van retentie voor een uitgebreide composietrestauratie dienen dan dezelfde methoden gebruikt te worden als voor een amalgaamrestauratie (ondersnijdingen, groeven en/of parapulpaire pinnen).

In enkele gevallen is het mogelijk enigszins aan esthetische wensen tegemoet te komen. Door bij bovenpremolaren de buccale knobbel niet te overkappen, maar de

preparatie occlusaal te laten eindigen net op het hoogste punt van de knobbel ('tipping'), is het mogelijk de zichtbare goudrand vanaf buccaal te reduceren. Bij de indicatie voor deze modificatie hebben echter het occlusie- en articulatiepatroon een grote invloed. Ook is het mogelijk om in plaats van een mesiale slice een ongeveer bevelde schouder te prepareren. Deze techniek maakt het mogelijk naar buccaal zuiniger te prepareren, waardoor minder goud zichtbaar wordt.

Summary:

Title: Slice-onlay.

Keywords: Restorative dentistry – Operative dentistry – Slice-onlay

In this publication a special type of cast restoration, i.c. the slice-onlay, is introduced. The indication, advantages and disadvantages are discussed. A detailed step-wise description of the preparation- and restoration procedures as

well as common adjustments are included. In addition, factors influencing the choice of this specific preparation technique and the adjustments to be considered are emphasized.

Literatuur:

1. Farah JW, Dennison JB, Powers JM. Effects of design on stress distribution of intracoronal gold restorations. *J Am Dent Assoc* 1977; 94: 1151-4.
2. Käyser AF, Battistuzzi PGFCM, Snoek PA. Over de indicatie en uitvoering van de MOD-inlay. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1981; 88: 282-5.
3. Pameijer JHN. Parodontale aspecten van kronen en bruggen. Amsterdam: De Bussy Ellerman Harms, 1983.
4. Kishiando M, Shillingburg HT, Duncanson MG. Influence of preparation features on retention and resistance. Part II: Three-quarter crowns. *J Prosthet Dent* 1983; vol. 49: 2, 188-92.
5. Käyser AF, Plasmans PJ, Snoek PA. Het gemutiliseerde gebit en de behandeling ervan door middel van kroon- en brugwerk. Alphen a/d Rijn: Stafleu & Tholen, 1980.
6. Eamers WB, Sieweke JC, Wallace SW. Elastomeric impression materials: effect of bulk on accuracy. *J Prosthet Dent* 1979; 41: 304-7, 479.
7. La Rivière JFA. Functieherstel van het kauwstel door middel van kronen en bruggen. Alphen a/d Rijn: Stafleu & Tholen, 1977.

Februari 1984.

Postbus 9101,
6500 HB Nijmegen.

HET BENUTTEN VAN DE OUDE PROTHESE BIJ HET VERVAARDIGEN VAN EEN NIEUWE

A. G. DIJKMAN
A. C. M. VAN DE POEL

Uit de vakgroep Parodontologie-Prothetodontie-Sosiodontie van de rijksuniversiteit te Groningen.

Trefwoorden: Prothetische tandheelkunde – Volledige prothese

1. Inleiding

Niet in alle gevallen kan een prothese door middel van voeren of overzetten weer worden aangepast aan de situatie in de mond en de eisen van de drager. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de esthetiek van de prothese te wensen overlaat en/of de kunstelementen in een slechte staat zijn. In een dergelijke situatie verdient het de voorkeur een nieuwe prothese te maken. Bij het vervaardigen van deze nieuwe prothese kan een nuttig gebruik worden gemaakt van de bestaande.¹ In dit artikel zal dat nader worden beschreven.

2. De werkwijze

De oude onder- en bovenprothesen worden gebruikt als individuele lepels voor het nemen van de definitieve afdrukken voor de nieuwe. Bovendien wordt met behulp van de van definitieve afdrukken voorgezogene oude prothesen de verticale en horizontale relatie bepaald en vastgelegd. Deze handelwijze maakt het mogelijk om in

een beperkt aantal zittingen op individuele en nauwkeurige wijze een prothese te vervaardigen.

In het nu volgend deel zullen de verschillende handelingen zittingsgewijs worden besproken.

3. De eerste zitting

Tijdens de eerste zitting worden allereerst eventueel te lange randen van de oude prothese ingekort. Dan wordt de gehele rand 1 à 2 mm ingekort en vervolgens met een daartoe geschikte koud polymeriserende kunsthar, bijvoorbeeld Peripheral Seal^{*}), individueel afgevormd. Daar de mucosa onder een niet goed passende prothese meestal is geïrriteerd, verdient het aanbeveling eerst een 'tissue-conditioner', bijvoorbeeld Coe-soft^{**}), aan te brengen

^{*}) Peripheral Seal, De Trey.

^{**}) Coe-soft resilient denture liner, Coe Laboratories Inc.

Samenvatting:

In dit artikel wordt beschreven op welke wijze een prothese die niet meer geschikt is om te worden gevoerd of overgezet, kan worden benut bij het vervaardigen van een nieuwe prothese. De oude prothese wordt in de beschreven werkwijze zowel als individuele lepel gebruikt voor het vervaardigen van de definitieve afdrukken als voor het vastleggen van de juiste relatie van de onderkaak ten opzichte van de bovenkaak. Bovendien kan de oude frontopstelling als hij voldoet in de nieuwe opstelling worden nabootst.

en enige dagen te laten dragen. Als de mucosa weer in een goede conditie is kunnen de definitieve afdrukken worden gemaakt.

Met de 'tissue-conditioner' kan bovendien zondig de beet worden verhoogd.

Tenslotte worden occlusie en articulatie gecontroleerd en eventuele premature contacten en glijhindernissen weggeslepen.

4. De tweede zitting

In de tweede zitting wordt de randlengte



Afb. 1a. Onderaanzicht van de met behulp van Xantopren Blau vervaardigde definitieve afdrukken van de onder- en bovenkaak. De oude, van 'tissue-conditioner' voorziene boven- en onderprothesen zijn, bij het vervaardigen van deze afdrukken, gebruikt als individuele lepels.

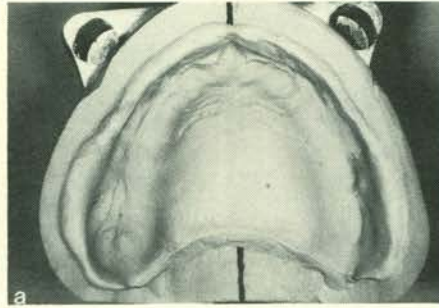


Afb. 1b. De met een wasbeet tussen de als individuele lepels gebruikte oude onder- en bovenprothesen vastgelegde verticale en horizontale kaakrelatie.

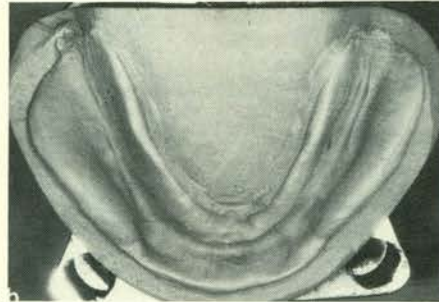
opnieuw gecontroleerd en zonodig verbeterd. Vervolgens wordt de mucosa geïnspecteerd. Vaak verdient het aanbeveling de 'tissue-conditioner' te vernieuwen, zeker wanneer de randlengte niet in orde wordt bevonden en de pasvorm van de oude prothese erg slecht was. Indien de randlengte niet behoeft te worden verbeterd en de conditie van de mucosa goed blijkt te zijn, kan aansluitend worden overgegaan tot de derde zitting.

5. De derde zitting

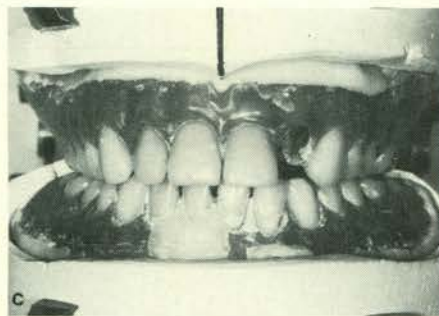
Nadat de randlengten en de mucosa zijn gecontroleerd en in orde bevonden, wordt besloten of de aldus in functie gevormde prothesebases als definitieve afdrukken voor de nieuw te vervaardigen prothese



Afb. 2a. Bovenmodel van de afdruk van afbeelding 1 in een articulator.



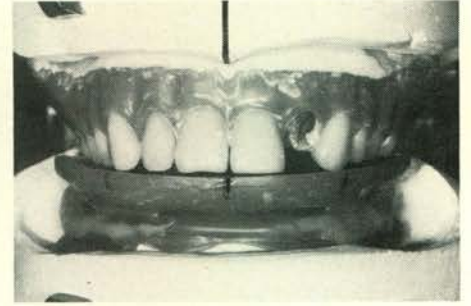
Afb. 2b. Ondermodel van de afdruk van afbeelding 1 in een articulator.



Afb. 2c. De prothesen nog met een 'tissue-conditioner' gevoerd op de in een articulator geplaatste modellen.

kunnen worden gebruikt,² dan wel dat deze nog een laatste maal moeten worden gecorrigeerd. Deze eventuele correctie kan worden uitgevoerd door de tijdens het dragen gevormde 'tissue-conditioner', te voeren met gemakkelijk vloeïend afdrumateriaal, bijvoorbeeld Xantopren Blau*) (afb. 1a). Hoe de beslissing ook uitvalt, na de fase van het vervaardigen van de definitieve afdrukken, worden de beethoogte en centrale relatie met behulp van een wasbeet vastgelegd (afb. 1b). Deze registratie is nu goed uit te voeren omdat de patiënt met de oude prothese vertrouwd is en deze bovendien nu goed past.

Als de plaats van het bovenfront van de oude prothese esthetisch niet bevredigend is kan de gewenste nieuwe situatie worden



Afb. 3. De bovenprothese in contact met het zogenaamd 'sjabloon in curve'. De nieuwe prothese wordt hiertegen opgesteld.

aangegeven door het aanbrengen van een laagje was labiaal op het oude bovenfront. Hierin kunnen op de gebruikelijke wijze de hoektanden worden vastgelegd. Een eventuele verandering in de plaats van het onderfront kan op dezelfde wijze worden aangegeven.

6. De techniekfase

De verkregen afdrukken worden uitgegoten en afgewerkt, waarbij de oude prothesen nog niet van de modellen worden genomen. Op de randen van het bovenmodel wordt de mediaanlijn aangegeven; deze dient als referentie bij het monteren van de modellen in een articulator (afb. 2).³ Nadat de modellen hierin zijn geplaatst, wordt de oude onderprothese van het model genomen. Daarna wordt op het ondermodel een beetplaat vervaardigd met een waswal die aansluit tegen de elementen van de oude bovenprothese. De plaats van de incisale rand van het bovenfront kan worden vastgelegd met behulp van een zogenaamd 'sjabloon in curve' door deze zodanig op de waswal van het ondermodel te plaatsen dat de voorrand van het sjabloon samenvalt met de snijrand van het bovenfront (afb. 3). In het geval dat het bovenfront is aangevuld met was valt uiteraard de sjabloonrand samen met die van de wasrand. Vervolgens wordt de oude bovenprothese van het model verwijderd en kan met het opstellen van de nieuwe bovenprothese worden begonnen. Voldoet de oude bovenfrontopstelling dan kan deze in de nieuwe opstelling worden nagebootst. Het verdient in dat geval aanbeveling via een alginaatafdruk een gipsafdruk van deze opstelling te maken als voorbeeld. De oude prothese kan, nadat het eventueel aangebrachte laagje Xantopren Blau is verwijderd, weer aan de patiënt worden teruggegeven.

7. De vierde zitting

De in was opgestelde prothese wordt in deze zitting gepast. Als het geheel, eventueel na de nodige correcties in orde is be-

*)Xantopren Blau®, Bayer.

vonden kan de in was opgestelde prothese op de bekende wijze worden afgewerkt en tenslotte worden geplaatst.

8. Slotbeschouwing

Door het gebruik van de oude boven- en onderprothesen als individuele lepers voor het vervaardigen van de definitieve afdrucken voor een nieuwe prothese en ook voor het vastleggen van de juiste verticale en horizontale kaakrelatie kan op snelle en voor de patiënt comfortabele manier een gebitsprothese worden vervaardigd. Voordat de definitieve afdrucken worden gemaakt zullen in het algemeen de randen van de oude prothese bijgewerkt en de conditie van de mucosa met behulp van

'tissue-conditioner' verbeterd moeten worden. Het toepassen van een 'tissue-conditioner', heeft bovendien het voordeel, dat de patiënt een goede indruk krijgt van de pasvorm van zijn nieuwe prothese, hetgeen zijn vertrouwen in de behandeling zal vergroten.

Summary:

Title: Using the existing denture when processing the replacement prosthesis.

Keywords: Prosthetic dentistry – Full dentures

The way in which a denture, no longer suitable for a relin or rebase, can be used when making a new prosthesis is described in this article.

In this technique the old denture is used not only as a special tray for the final impression but also to obtain the bite. Furthermore it can be used as a model for the new dentures if the esthetics are satisfactory.

Literatuur:

1. Anderson JN, Storer R. Immediate and replacement dentures. Third ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1981: 218-9.
2. Winkler S. Essentials of complete denture prosthodontics. Editor The Dental Amices of North America. London: W. B. Saunders Company, 1979: 500-3.
3. Hickey JC, Zarb GA. Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. Eighth ed. Chicago: The C. V. Mosby Company, 1980: 532-3.

Augustus 1983. Adres: Dr. A. G. Dijkman, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen.

HET TOEPASSEN VAN EEN PROBLEEMGERICHT BEHANDELPLAN

A. F. KÄYSER
P. G. F. C. M. BATTISTUZZI
P. A. SNOEK
P. J. J. M. PLASMANS

Uit het Instituut voor Occlusie-opbouw
van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Trefwoorden: Restauratieve tandheelkunde – Behandelplan – Indicatie – Probleemgerichte behandeling

Inleiding

Bij de indicatie tot restauratieve therapie dient de tandarts zich primair te baseren op wetenschappelijk verkregen gegevens, waaruit blijkt dat de in te stellen behandeling zinvol is.¹ Daar deze gegevens, vooral met betrekking tot het vervangen van verloren gegane gebitselementen, nog schaars zijn, worden op de afdeling Occlusie-opbouw te Nijmegen vooralsnog de volgende uitgangspunten gehanteerd:

– terughoudendheid betrachten bij het vervangen van ontbrekende gebitselementen,

– probleemgericht indiceren,

– eerst de voorbereidende behandeling afmaken en evalueren,

– kwalitatief goed werk leveren, gericht op het voorkomen van iatrogene schade, – de patiënt, na afbehandeling, in een individueel aangepast controle- en onderhoudssysteem opnemen.

Deze uitgangspunten zijn, voor zover ze niet op onderzoeksgegevens steunen, op pragmatische gronden ingegeven.² Dit geldt ook voor het uitgangspunt probleemgericht indiceren, waaronder verstaan wordt alleen die behandeling in te stellen indien daarmee de relevante problemen worden opgelost.

Met de curriculumherziening in Nijmegen

in 1974 is de probleemgerichte benaderingswijze in het onderwijs ingevoerd en zijn verschillende studies aan dit onderwerp gewijd.^{3 4} Bij het indiceren en het opstellen van behandelplannen is, zowel bij het studentenonderwijs als in het kader van het PAOT, een zodanige positieve ervaring verkregen dat het zinvol lijkt de gehanteerde werkwijze uit te dragen. In deze bijdrage wordt eerst de structuur van de probleemgerichte aanpak beschreven en vervolgens een toepassing gegeven.

Karakteristiek

Het kenmerk van de probleemgerichte benadering is dat de grote en vaak ondoorzichtige hoeveelheid informatie, die bij anamnese en onderzoek van de patiënt naar voren komt, door een aantal bewerkingen wordt ingeperkt, waarbij alleen de voor de behandeling benodigde informatie behouden blijft. Deze kerninformatie geeft de (tandheelkundige) problemen van de patiënt exact weer. De behandeling richt zich uitsluitend op het oplossen van deze problemen.^{5 6}

Fasen

De probleemgerichte benadering is een cyclisch proces waarbij de volgende fasen of

Samenvatting:

In deze bijdrage worden de kenmerken en de structurering van de probleemgerichte benadering beschreven en worden de verschillen met de traditionele, op vormherstel gerichte indicatie aangegeven.

De strategie van de probleemgerichte aanpak wordt aan de hand van een voorbeeld toegelicht. Als belangrijke voordelen van deze werkwijze zijn te vermelden de inzichtelijkheid en het voorkomen van onnodige behandelingen.

bewerkingen zijn te onderscheiden.

1. *Waarneming*: het met behulp van anamnese en onderzoek verzamelen van informatie. Wij maken hierbij gebruik van een formulier dat in wezen niet afwijkt van de vele gangbare onderzoekformulieren.

2. *Herkenning*: het leggen van verbanden tussen de waargenomen verschijnselen (de pathogenese).

3a. *Ruime probleemstelling*: het inventariseren van alle herkende problemen in volgorde van ontstaan.

3b. *Kritiek op de probleemstelling*: het nagaan of de problemen relevant zijn voor de patiënt dan wel voor het behoud van de dentitie.

3c. *Zuivere probleemstelling*: het inventariseren van de – na de vorige fase – resterende problemen in volgorde van ontstaan dan wel belangrijkheid.

4. *Mogelijke en te kiezen oplossingen*: het per probleem nagaan van de mogelijke en zinvolle standaardoplossingen hiervoor en het maken van een bij de patiënt passende keuze hieruit.