

A.J.M. Plasschaert,  
voorzitter NVT

# Van mutilatie tot rehabilitatie

Trefwoorden:

- Mutilatie
- NVT congres

## Voorwoord

Bij voorgaande congressen hebben leden van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen laten blijken dat de grootste interesse uitgaat naar congressen waar onderwerpen aan de orde komen die vanuit diverse invalshoeken of deelgebieden belicht worden. Het najaarscongres 'Van mutilatie tot rehabilitatie', dat gehouden werd op 19 september in Gent en op 9 oktober in Utrecht, was volgens die formule ingericht. Het congres was georganiseerd in samenwerking met onze Vlaamse collegae van het Nascholingsinstituut van het Verbond der Vlaamse Tandartsen. Het programma

bestond uit zes lezingen. De eerste en de laatste hadden een algemeen karakter en de tussenliggende vier lezingen schonken ieder aandacht aan een specifiek aspect van de tandheelkunde.

In de eerste lezing vroeg prof.dr. R.C.W. Burgersdijk aandacht voor de betekenis van mutileren en rehabiliteren in het algemeen. Mutilaties kunnen het gevolg zijn van menselijk handelen, maar ook van ongevallen en ziekteprocessen. Als er bij mutilaties overgegaan wordt tot rehabilitatie, gaat het dan om integrale rehabilitatie of alleen om functione-

le rehabilitatie? Is het zeker dat rehabilitatie door arts of tandarts altijd het beoogde resultaat oplevert of kan daar weer een nieuwe mutilatie uit voortkomen?

Vervolgens ging dr. N.J.M. Opdam in op vormen van mutilatie aan gebitselementen en de daarbij denkbare rehabilitatiemogelijkheden. Daarna besprak drs. J.V. Laverman de mutilaties en de vormen van rehabilitatie waarbij gebitselementen verloren zijn gegaan en vervangingen met vaste constructies geïndiceerd zijn. Rehabilitaties met uitneembare voorzieningen werden aan de hand van voorbeelden door drs. N. Postema aan de orde gesteld. Ook de implantologie passeerde hierbij de revue. In de vierde lezing confronteerde dr. C. Politis de congresganger met ernstige en minder

ernstige mutilaties en de daarbij behorende rehabilitaties in het maxillofaciale gebied. Hij vroeg hierbij de aandacht voor de rol van de tandarts algemeen-practicus. Ten slotte ging drs. J.H.J. De Backer meer specifiek in op de rol van de tandarts in een multidisciplinair samenwerkingsverband van gedifferentieerde vakgenoten. Het moet hierbij een *conditio sine qua non* zijn dat rehabilitatie tot een duurzaam, voorspelbaar resultaat leidt, dat aan het verwachtingspatroon van de patiënt beantwoordt.

Aan het slot van zijn lezing hield professor Burgersdijk een kleine enquête onder de congresdeelnemers. Aan de hand van 7 casussen konden de toehoorders op een vijfpuntsschaal aangeven of men de voorgestelde behandeling mutilerend (score 1) of rehabiliterend (score 5) vond. Score 3 in deze puntenschaal geeft een neutraal antwoord aan. In de verwerking van de gegevens werd onderscheid gemaakt naar het oordeel van Belgische en van Nederlandse tandartsen.

Over het algemeen werden de voorgestelde behandelingen eerder mutilerend dan rehabiliterend gevonden. Ter illustratie volgen hier enkele voorbeelden.

Het uitvoeren van een wortelkanaalbehandeling op een vitale molaar omdat de indicatie 'kroon' is gesteld, werd door de congresgangers gemiddeld een mutilerende ingreep genoemd (Belgische tandartsen gemiddelde score 1,5; Nederlandse tandartsen gemiddelde score 1,3). De Belgische en Nederlandse collegae oordeelden bijna gelijk over het mutilerende karakter van een orthodontische regulatie van een geringe tandstandafwijking bij een 17-jarige in plaats van een correctie met behulp van composiet (gemiddelde scores resp. 1,9 en 2,0).

Bij twee casussen waren de oordelen van de Belgische en Nederlandse tandartsen tegengesteld. Het vervaardigen van een conventionele frontbrug op gave buurelementen in plaats van een etsbrug na een trauma bij een 45-jarige kreeg van de Belgische tandartsen een gemiddeld oordeel van 2,8 terwijl de Nederlandse collegae dat overwegend een mutilerende behandeling vonden (gemiddeld oordeel 2,2). Het aanbrengen van een vrij eindigend frame in de onderkaak bij een 50-jarige in plaats van hier niets te doen werd door Belgische collegae als mutilerend beoordeeld (gemiddelde score 2,3), terwijl Nederlandse tandartsen daar een neutraal oordeel over hadden (2,9).

Deze eenvoudige opiniepeiling aan het begin van het congres droeg bij tot het trekken van de aandacht voor het onderwerp van de dag. Het ware interessant geweest de peiling aan het einde van de dag te herhalen en te zien of en welke verschuivingen waren opgetreden als gevolg van de lezingen. In deze bijdrage treft u de samenvattingen aan van de gehouden voordrachten.



# Van mutilatie tot rehabilitatie: altijd?

R.C.W. Burgersdijk

## Inleiding

Om het begrip mutilatie (volgens Van Dale: vermindering) af te bakenen wordt onderscheid gemaakt tussen functionele mutilatie en esthetische mutilatie. Echter hoe sterker het esthetische aspect van de mutilatie, hoe groter de vraag wordt of er nog wel een objectieve norm is om een afwijking te beschouwen als mutilatie (afb.). Bij een functionele mutilatie, zoals het verlies van een aantal gebitselementen ten gevolge van een ongeluk, zal de vraag of rehabilitatie dient plaats te vinden niet moeilijk te beantwoorden zijn. De vraag blijft tot op welk niveau de functie weer hersteld moet worden. Ook moet men zich steeds weer afvragen of de therapie niet mutilerender is dan de mutilatie zelf.

## De diagnose 'mutilatie'

Iedereen zal beamen dat bij een pasgeborene met een schisis sprake is van een duidelijke functionele mutilatie. Op vele andere tandheelkundige terreinen is minder concreet deze grens te trekken. Is het zo dat de functie van de dentitie echt verstoord is bij bijvoorbeeld de afwezigheid van de tweede molaren? Dient er dan een rehabilitatie van de kauwfunctie plaats te vinden of is deze nog adequaat?

Moeilijker wordt het om de diagnose 'mutilatie' te stellen bij afwijkingen met een voornamelijk esthetisch karakter. Is er bij een dentitie met diastemen sprake van een mutilatie die rehabilitatie behoeft? Het is duidelijk dat de beleving daarvan sterk cultuur-, tijd-, en leeftijdsgebonden is en zeer persoonlijk wordt ervaren. In het Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde gehouden in 1986, bij een representatieve steekproef, bleek dat 10% van de frontelementen door de tandarts-onderzoeker en/of door de proefpersonen als esthetisch storend werd beschouwd qua vorm of kleur. Slechts in 35% van de gevallen bleek er echter overeenstemming tussen beiden te bestaan. (Truin *et al.*, 1989)

De invloed van de cultuur op een eventueel te rehabiliteren mutilatie is duidelijk waarneembaar bij het groeiend aantal piercings en tatoeages. De voorkeur voor volledig gouden kronen in het front bij bijvoorbeeld de Turkse gemeenschap, is een ander duidelijk voorbeeld van de verschillende beleving van esthetische mutilaties.

## Overwegingen tot rehabilitatie

Bij de beoordeling of een esthetische mutilatie een rehabilitatie behoeft, zal de mening van de patiënt in principe doorslaggevend moeten zijn. De tandarts zal in verregaande mate zijn eigen opvattingen moeten

onderdrukken. De verzekeraars hebben echter met hun polisvoorwaarden vaak al nadrukkelijk vastgelegd wat door hen als een mutilatie wordt gezien.

Terwijl de beoordeling of een aangeboren of door een ongeval veroorzaakte mutilatie een rehabilitatie behoeft al zo arbitrair is, wordt dit probleem nog groter bij mutilaties die door de patiënt zelf worden veroorzaakt, zoals cariës, erosies en parodontopathieën. Is hier sprake van ziekteprocessen of is er sprake van zelfverminking? Is er sprake van een door de patiënt moeilijk te beïnvloeden proces of is er sprake van zodanig excessief gedrag dat de oorzaak van de mutilatie volstrekt duidelijk is?

Als tot rehabilitatie wordt overgegaan, moet steeds de afweging gemaakt worden of de oorspronkelijke situatie weer geheel hersteld moet worden. De behandeling kan ook gericht zijn op een zo acceptabel mogelijk functieherstel. Een uitstekend voorbeeld van dit dilemma is de vraag of een verkorte tandboog distaalwaarts hersteld moet worden. Daarnaast bestaan er voor een aantal restauratieve behandelingen minder mutilerende behandelingsalternatieven, zoals het vervaardigen van een hoekopbouw in plaats van een jacketkroon.

Bij de uiteindelijke afweging dient nadrukkelijk de eigen deskundigheid op een bepaald deel van de tandheelkunde betrokken te worden, ter bepaling van het risico van iatrogene mutilaties ten gevolge van een (deels) mislukte behandeling.

## Conclusie

Indien gekozen wordt voor rehabilitatie moeten steeds twee vragen centraal staan:

1. Is bij de patiënt een rehabilitatie tot de oorspronkelijke, niet-gemutileerde situatie noodzakelijk en gewenst of moet de rehabilitatie zich beperken tot een adequaat herstel van de functie?
2. Kent de rehabilitatie zelf niet ook mutilerende aspecten die soms ernstiger kunnen zijn dan de oorspronkelijke afwijking?

Vooral bij het herstel van de esthetische functie moet men zich bewust zijn van grote verschillen in opvattingen tussen patiënten en behandelaars. Het cultuurgebonden karakter van de mutilatie en dus ook de rehabilitatie benadrukken de noodzaak om een holistische benadering te kiezen bij het oplossen van dilemma's (Dupuis, 1998).

## Literatuur

- DUPUIS HM. Op het scherp van de snede. Amsterdam: Balans, 1998.
- TRUIN GJ, BURGERSDIJK RCW, KALSBEK H, HOF MA VAN 'T. Landelijk epidemiologisch onderzoek tandheelkunde. Deel VIII: Kosmetische tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 378-389.

Trefwoorden:

- Mutilatie
- Rehabilitatie



Is piercing te beschouwen als een mutilatie?

N.J.M. Opdam

# Mutilaties van gebitselementen

Trefwoorden:

- Mutilatie
- Etiologie

## Cariës

Een groot gedeelte van het restauratieve werk dat de tandarts verricht bestaat uit het behandelen van mutilaties als gevolg van cariës. Hierbij gaat het om glazuurlaesies, dentinelaesies en laesies aan het worteloppervlak. Er is al langer bekend dat glazuurlaesies stabiel kunnen blijven en zelfs kunnen remineraliseren (white spots). Ook dentinelaesies kunnen jarenlang stabiel blijven. Terughoudendheid bij het al dan niet behandelen van een carieuze laesie is dus het devies. Kenmerkend voor wortelcariës is de specifieke prevalentie bij de oudere patiënt. Bij het beslissen of bij laesies al dan niet tot curatief handelen moet worden overgegaan, speelt vooral de inschatting of het een cariësactieve patiënt betreft een rol. In geval van twijfel verdient niet restaureren de voorkeur, onder de voorwaarde dat de patiënt onder controle wordt gehouden.

Het meeste restauratieve werk van de tandarts betreft het opnieuw restaureren van gebitselementen met 'falende' restauraties. Tot op heden is het onduidelijk in hoeverre de diagnose 'secundaire cariës' inderdaad een nieuw primair defect dan wel restcariës betreft. Ook bij de behandeling van een gebitselement met een defecte restauratie moet men overwegen of totale vervanging van de restauratie noodzakelijk is. Indien tot een gedeeltelijke vervanging van de restauratie kan worden besloten, heeft dit de voorkeur.

## Erosie, abrasie en abfractie

Bij erosie is er sprake van verlies van tandweefsel door inwerkingen van chemische aard, zoals door zuren.

Bij de behandeling van erosie dient allereerst aandacht te worden geschonken aan de etiologie. Vooral bij excessieve erosie kan een behandeling op lange termijn alleen succesvol zijn wanneer de oorzaak geëlimineerd is. Bij kleine erosieve defecten is behandelen vaak niet noodzakelijk. Vanwege pijn of ter versterking van het restelement kan toch voor behandeling worden gekozen en verdient een adhesieve oplossing de voorkeur.

Er is sprake van abrasie als tandweefsel verloren gaat door mechanische slijtage. Een specifieke vorm is attritie, waarbij weefselverlies ontstaat door direct contact met de antagonist. Vooral bruxisme kan tot aanzienlijk weefselverlies leiden waarbij ingrijpen onvermijdelijk wordt. Ook hier is het van belang aandacht te besteden aan de etiologie.

In 1984 beschreven Lee en Eakle het fenomeen van de abfractie. Deze scherpe, cervicale wigvormige defecten worden veroorzaakt door het losbreken van glazuurprismata in de cervicale regio van het gebitselement als gevolg van zware occlusale belasting, waarbij een zekere mate van vervorming van het element optreedt. Deze laesies kunnen dan ook vaak in combi-

natie met een occlusale attritie worden waargenomen. Ze behoeven meestal geen behandeling, maar soms moet ook hier om reden van pijn of ter versterking van het element geresatureerd worden.

## Infracties, fracturen en traumata

Bij verzwakte gebitselementen komt het voor dat er een scheur ontstaat in de overgebleven knobbels (infractie). Dit kan zich manifesteren door een specifiek klachtenbeeld: pijn bij bijten en bij koude en warmte, maar ook doordat een knobbel spontaan afbreekt. Daar waar vroeger sprake was een totale restauratie via een indirecte techniek, kan met de huidige adhesieve mogelijkheden een dergelijk defect vaak succesvol worden gerepareerd.

Traumata van gebitselementen vormen een aparte categorie van mutilaties. Kenmerkend hierbij is dat de mutilatie optreedt waar een lange levensduur van de dentitie gewenst is en de prognose, zeker in de eerste fase, nog onduidelijk is. De behandeling dient erop gericht te zijn zoveel mogelijk opties naar de toekomst open te houden. Het volgen van protocollen met betrekking tot spalken en endodontische behandeling is essentieel. Vooral bij jonge patiënten moet het worden afgeraden om indirecte restauraties te maken, omdat die een levenslang behoud van het getraumatiseerde gebitselement zeker niet zullen bevorderen.

## Conclusie

Mutilaties aan gebitselementen zijn divers van aard en hebben vaak een specifieke etiologie. Alvorens een restauratief behandelplan te maken, dient de etiologie te worden onderkend. Door gerichte, preventieve maatregelen kan worden getracht de situatie in de mond te stabiliseren. In deze 'parkeerfase' kunnen gebitselementen zoveel mogelijk worden behouden door met directe, 'eenvoudige' technieken te restaureren. De huidige adhesieve technieken en materialen bieden mogelijkheden daartoe. Wanneer in een instabiele situatie uitgebreide rehabilitaties worden uitgevoerd, kan dit leiden tot mislukkingen met ernstig 'mutilerende' gevolgen.

## Literatuur

- LEE WC, EAKLE WS. Possible role of tensile stress in the etiology of cervical erosive lesions of teeth. J Prosthet Dent 1984; 52: 374-380.

# Terughoudend restaureren

J.V. Laverman

## Inleiding

Na de initiële behandeling breekt de behandelingsfase aan, waarin het beschermen van verzwakte gebitselementen aan de orde komt, alsmede het herstellen van occlusie, articulatie, cosmetiek en spraak. Inmiddels staat vast dat de gezondheid van het gebit op de lange termijn beter gegarandeerd is als men zich door een meer biologisch en probleemgericht dan door een mechanisch denken en handelen laat leiden. Een lekvrije afsluiting van de preparatie, een reinigbare vormgeving van het kroon- en brugwerk, en het behoud van zoveel mogelijk gezond tandweefsel is daarbij van groot belang. Daarnaast heeft onderzoek aangetoond dat ontbrekende gebitselementen pas vervangen moeten worden zodra dit om cosmetische dan wel functionele redenen gewenst is.

## De behandelingsbeslissing

Bij het opstellen van het behandelplan is het belangrijk het beoogde eindresultaat reeds voor aanvang van de definitieve restauratiefase duidelijk voor ogen te hebben.

In toenemende mate wordt gebruikgemaakt van adhesiefbruggen en implantaatgedragen kronen. Vergeleken met uitneembare voorzieningen hebben vaste constructies het voordeel dat ze de patiënt het gevoel geven nog over zijn eigen tanden en kiezen te beschikken. Mede gelet op hun grote duurzaamheid zijn ze daarom te verkiezen boven uitneembare vervangingen.

Bij het kiezen van het aantal pijlerelementen spelen het functionele worteloppervlak en de wijze waarop de brug belast wordt de belangrijkste rol. Dit geldt zowel voor conventionele bruggen als voor adhesiefbruggen. De beslissing een brug met extra pijlerelementen uit te breiden moet niet gebaseerd zijn op gebrek aan retentie of resistentie bij de primaire pijlerelementen, doch op een ontoereikend parodontaal steunoppervlak. Doorgaans kan met minder pijlerelementen worden volstaan dan vroeger algemeen werd aangenomen. Overbodige pijlerelementen vergroten de kans op complicaties bij het prepareren van de pijlerelementen, het plaatsen van de brug en het reinigen van de mond. Ook het risico van porseleinbreuk en het loskomen van een van de pijlers neemt toe naarmate brugconstructies onnodig worden uitgebreid.

## Complicaties

Zowel bij het vervaardigen als na het aanbrengen van kroon- en brugwerk kunnen zich complicaties voordoen: de zogenoemde *production failures* en *function failures*. Zeker bij een slecht toegankelijk werkterrein, frequent beschadiging van de buurelementen op. Veel

voorkomende function failures zijn slecht toegepaste restauratiematerialen, (wortel)cariës, onvoldoende retentie van de preparatie en breuk van de cementfilm of het gebitselement. Slijtage van restauratiematerialen hangt niet zozeer van de hardheid af maar van de mogelijkheid om plastisch en elastisch te vervormen. Ook de abrasieve werking van restauratiematerialen op antagonisten mag niet worden onderschat.

Bij het omslijpen van een gebitselement gaat ongeveer de helft van het coronale tandweefsel verloren. Voor het doorgaans reeds eerder door prepareren en microlekkage geïrriteerde pulpaweefsel is dit niet zelden de druppel die de emmer doet overlopen. Bij 10-15% van de gekroonde elementen ontstaat dan ook binnen enkele jaren pulpitis of pulpanecrose. Amalgamvullingen rondom kroonranden, evenals soldeerverbindingen en stiftopbouwen, zijn plaatsen waar men bedacht moet zijn op corrosie.

Het gevaar voor (wortel)cariës hoeft in monden met *lege artis* uitgevoerd kroon- en brugwerk niet groter te zijn dan anders. Blootliggend worteldentine verdient bij patiënten met een verhoogd cariërisico extra aandacht.

## Het kaakgewricht

Onderzoek toont aan dat er nauwelijks enige relatie bestaat tussen occlusie- en articulatiestoornissen en het ontstaan van CMD-klachten (McNamara *et al*, 1995). Als de patiënt goed kan kauwen en de kauwspieren en het kaakgewricht pijnvrij zijn, worden de occlusie en de articulatie als gezond beschouwd. Bij het occlusaal vormgeven van kronen en bruggen is het dan ook raadzaam de bestaande occlusie en articulatie te handhaven. Als het kauwstelsel ongezond is, is terughoudendheid met het vervaardigen van kroon- en brugwerk geboden.

## Besluit

Er bestaan steeds meer mogelijkheden om het gemutiëerde gebit met vaste voorzieningen te restaureren. Dit brengt echter met zich mee dat de beslissing hoe en wanneer behandeld moet worden gecompliceerd is. Ondanks de vele mogelijkheden is terughoudendheid geboden. Restauratief ingrijpen brengt al te vaak schadelijke effecten met zich mee. De kans dat hierdoor complicaties ontstaan is voor het endodontium groter dan voor het parodontium, de kauwspieren en het kaakgewricht.

## Literatuur

- McNAMARA JA, SELIGMAN DA, OKESON JP. Occlusion, orthodontic treatment, and temporomandibular disorders: a review. *J Orofac Pain* 1995; 9: 73-90.

Trefwoorden:

- Rehabilitatie
- Gegoten restauraties

N. Postema

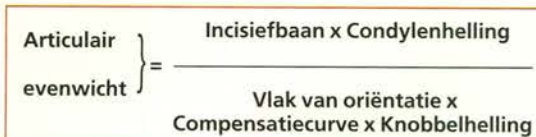
# De uitneembare prothetische voorziening: vast en zeker?

Trefwoorden:

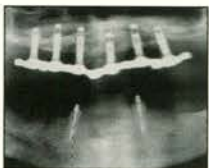
- Rehabilitatie
- Prothetiek



Afb. 1. Implantaten als laatste redmiddel.



Afb. 2. Formule van Thielemann.



Afb. 3. Voor de toepassing van implantaten is botvolume nodig.

## Inleiding

Maximale mutilatie van het gebit is het verlies van alle tanden en kiezen en van het alveolaire bot. Een volledige gebitsprothese boven en onder, gemaakt volgens het principe 'Lingualized Occlusion' speciaal voor de sterk geresorbeerde processus alveolaris, biedt in veel gevallen soelaas (Kalk en Slop, 1989). Veel ongemak kan ook worden verholpen met de toepassing van implantaten (afb. 1).

Worden bij een volledige prothese problemen verwacht, dan is een overkappingsprothese een therapie waar zeker aan gedacht moet worden (Kalk *et al.*, 1994). Bij de afbouw van dentities maakt de tandarts keuzen voor strategische elementen. In de onderkaak zijn dit vaak de 33/43 en in de bovenkaak de 13/23 en de 15/25. Een overkappingsprothese op twee telescoopkronen kan dan een

zeer doelmatige oplossing zijn.

De grootste complicerende factor in de bovenkaak bij de vervaardiging van de

overkappingsprothese is ruimtegebrek in verticale zin. Het is van groot belang vroegtijdig complicerende factoren te onderkennen. Die complicerende factoren zijn onder meer kokhalzen, grote buccale ondersnijdingen, betand tegenover onbetand, mondbranden en afwijkende anatomische verhoudingen.

## Betand tegenover onbetand

Een veelvuldig onderwezen behandelingsconcept was de vervaardiging van een bovenprothese met behoud van het onderfront, van element 33 tot en met element 43, en een vrij eindigend frame. Soms moesten de 33 en de 43 gekroond worden. Deze situatie gaat gelukkig bij veel patiënten goed maar soms gaat het absoluut niet. De tandheekkundige behandeling dient gericht te zijn op de zwakste schakel. De volledige prothese is de zwakste schakel die het occlusieconcept dicteert. Daarom zijn gebalanceerde occlusie en articulatie bij een volledige (boven)prothese essentieel. Dat houdt in: begrijpen wat de Quint van Hanau betekent (Derksen, 1977). Afbeelding 2 (formule van Thielemann) maakt de Quint van Hanau inzichtelijk. De factoren die hierbij de grootste rol spelen zijn incisiefbaan, compensatiecurve en knobbelhelling (Derksen, 1977).

Een volledige bovenprothese, occluderend en articulerend met een long centric in centrale relatie met molaarcontact functioneert zeer stabiel. De bovenprothese wordt ongeacht de positie van de onderkaak stabiel aangebeten. Dat is alleen mogelijk als de onder-

kaak mandibulaire stabiliteit biedt in gebalanceerde occlusie en articulatie (long centric). Het is dus beter om ook nog kiezen in de onderkaak te behouden. Mandibulaire stabiliteit is dan makkelijker te bereiken, bijvoorbeeld met een opbeetframe of composiet.

Regelmatig relinen van een vrij eindigend onderframe, waardoor de resorptie in de zijdelingse delen enorme vormen kan aannemen, leidt meestal niet tot blijvende stabiliteit van de bovenprothese. Een star frame heeft dan de voorkeur.

## Implantaten

Bij niet functionerende prothesen zijn implantaten geïndiceerd. Het loszitten van de prothese en pijn zijn de meest gehoorde klachten, die bijna altijd verholpen kunnen worden met twee implantaten in de onderkaak.

Betand of gedeeltelijk betand boven en onbetand onder is dan een makkelijk oplosbare casus. Echter om de implantaten te kunnen plaatsen is botvolume nodig. Het toepassen van implantaten in de onderkaak geeft meestal weinig problemen. Dat ligt anders met de bovenkaak: er is vaak te weinig bot, de botkammen zijn te smal en er zijn uitgezakte sinussen (afb. 3). Dan is uitgebreide chirurgie nodig met bonegrafts voor sinusbodemplifting en processusverbreding. Roken is hierbij de allergrootste complicerende factor.

## Conclusie

In de behandelingsplanning voor rehabilitatie van het gemutilleerde gebit is botbehoud een belangrijke prioriteit.

Bij de rehabilitatie dicteert de zwakste schakel het occlusieconcept. Hierin zijn de belangrijkste factoren de incisiefbaan, de compensatiecurve en de knobbelhelling. Een long centric in centrale relatie biedt maximaal behandelingscomfort. Als ondanks alle maatregelen de bovenprothese nog steeds niet functioneert, dan zijn implantaten het laatste redmiddel.

## Literatuur

- Derksen AAD. Inleiding tot de bouw en functie van het kauwstelsel. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1977.
- Kalk W, Slop D, red. De volledige gebitsprothese. Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu, 1989.
- Kalk W, Käyser AF, Battistuzzi PGFLM, red. De overkappingsprothese. Houten: Bohn Stafleu Van Logh, 1994.

# Herstel van het gehavende gelaat

C. Politis

## Inleiding

Wanneer wij afwijken van de norm, hetzij qua uiterlijk, hetzij qua intelligentie, hetzij qua gedrag, is er geen sprake meer van gelijke kansen in het leven en is het proces van sociale gelijkschakeling verstoord. Meer dan ooit is het gelaat een bepalende factor in tal van aspecten van ons leven.

Om de integratie van patiënten met afwijkingen aan het gelaat in de huidige 'kijk-cultuur' tot een succes te maken is een multidisciplinaire samenwerking bij de hierna te bespreken afwijkingen uitermate belangrijk.

## Congenitale afwijkingen

Schisis is de meest voorkomende congenitale afwijking. Dankzij de organisatie van de schisisbehandeling in Nederland, waarbij de patiënt wordt toevertrouwd aan deskundige multidisciplinaire teams, is een grote vooruitgang geboekt in het behalen van de best mogelijke resultaten. Het esthetisch resultaat is vooral afhankelijk van de positie van het middengezicht, de neus en de zichtbaarheid van de uitwendige littekens. Het functioneel-esthetisch resultaat daarentegen hangt ook af van de esthetiek van de bovenfrontelementen en van de spraak en het gehoor van de patiënt.

## Kaakrelatie-afwijkingen

Onder de sociaal meest mutilerende afwijkingen behoren de grote open beet en de uitgesproken hypoplasie van het middengezicht. Met deze gelaatskenmerken worden negatieve aspecten van intelligentie geassocieerd. De operatieve correctie van het middengezicht behoort tegenwoordig tot de kaakchirurgische routineprocedures op voorwaarde van grondige orthodontische voorbereiding. Op het individuele vlak kunnen vooral een gummy smile en een hypoplastische kin als onesthetisch overkomen.

Met betrekking tot de behandeling van skeletale hyperplasie van de onderkaak is een gedifferentieerde houding aanbevolen. Meestal betreft het reeds volwassen patiënten die een sociale integratie hebben bewerkstelligd met compensatiemechanismen. Een operatieve ingreep leidt niet altijd tot een perceptie van subjectieve verbetering van het gelaat. In deze groep is de psychologische voorbereiding en evaluatie een aandachtspunt.

## Traumatologie

Miskende condylusfracturen bij kinderen (afb.) kunnen tot ankylose leiden, met ernstige functionele beperkingen en groeistoornissen tot gevolg. De behandeling van

deze kinderen met activatoren verdient onze bijzondere aandacht (Proffit *et al.*, 1980).

Mandibulafracturen bij volwassenen zijn tegenwoordig geen groot probleem meer. Wanneer een pseudartrose optreedt of een tand in de fractuurlijn ligt, is een specifiek beleid noodzakelijk. Bijzondere problemen ontstaan wanneer patiënten met ernstige polytraumata in leven worden gehouden, maar na stabilisatie te kritisch worden bevonden om een correctie van de gelaatsfracturen toe te laten: de nadelige gevolgen kunnen enorm zijn bij patiënten die overleven. Specifieke behandelingsprotocollen bij craniocerebrale traumata en bij multi-organtraumata zijn noodzakelijk om een optimale kans tot gelaatsherstel te waarborgen. De verbrijzeling van het gelaat blijft een van de moeilijkste chirurgische opgaven.

## Iatrogene afwijkingen

Onder de iatrogene afwijkingen zijn de nadelige gevolgen na gebruik van vreemd-lichaam-allotransplantaten en de facialisparalyse het meest in het oog springend. Niet minder mutilerend zijn echter de gevolgen van een vroegtijdige extractietherapie. Extreme atrofie van boven- en/of onderkaak beïnvloeden in ernstige mate het gelaat en veroorzaken functionele problemen met betrekking tot stabiliteit van de volledige prothese. Herstel middels implantaten is vaak onmogelijk of leidt tot compromissen waarbij implantaten toch geplaatst worden in anatomisch ongunstige omstandigheden. Het tijdig bezien van de kaakchirurgische mogelijkheden zal vaak een wijze beslissing zijn van de implanteerende tandarts die ook oog heeft voor het totale herstel van de patiënt.

## Besluit

Naast de preventie van iatrogene afwijkingen dient de tandarts algemeen-practicus ook een rol te spelen in het multidisciplinaire herstel van mutilerende gelaatsafwijkingen. Zijn zorg zal vooral uitgaan naar het herstel van de lipvulling, de esthetiek van het bovenfront en het kauwvermogen.

## Literatuur

- PROFFIT WR, VIG KW, TURVEY TA. Early fracture of the mandibular condyles: frequently and unsuspected cause of growth disturbances. *Am. J. Orthod.* 1980; 78 (1): 1-24.

Trefwoorden:

- Rehabilitatie
- Gelaat



*Ernstige functionele beperking als gevolg van een miskende condylusfractuur.*

# En hoe nu verder?

## Trefwoorden:

- Rehabilitatie
- Behandelingsconcept

## Inleiding

Technieken evolueren. Tandartsen ook? In onze huidige samenleving is het niet meer zo eenvoudig om up-to-date te blijven. We kunnen cursussen volgen, boeken lezen, artikelen uitpluizen, congressen volgen, peer-to-peer-sessies bijwonen en noem maar op. En ondanks onze opgedane kennis worden tandartsen steeds opnieuw geconfronteerd met een tandheelkundig probleem dat op het eerste ogenblik doodeenvoudig lijkt, maar dat bij nader inzien zeker niet is (afb. 1).

## Zijn er grenzen?

Op het gebied van de manipulatie met tandmucosa is er steeds meer mogelijk. Uit onderzoek van Randall (1997) blijkt dat een gingivatransplantaat ter hoogte van het palatum bij voorkeur gedaan wordt volgens de 'parallel incisions method'. Deze geeft duidelijk minder postoperatieve pijnklachten, in tegenstelling tot de 'free gingival graft knife method'. Op deze wijze kunnen correcties (verbreding) van de processus alveolaris verkregen worden, blootliggende wortelopervlakken weer bedekt worden en kan het tekort aan vaste gingiva gecompenseerd worden.

Ook bij de ontwikkeling van technieken om de processus alveolaris te verhogen om het plaatsen van implantaten mogelijk te maken, heeft men niet stilgezeten. Daar waar vroeger van autoloog bot, al dan niet in combinatie

van alloplastisch of botinducerende substituten, gebruikgemaakt moest worden, opent het gebruik van niet-resorbeerbare, titaanversterkte membranen in combinatie met titaansteunen nieuwe perspectieven. Voorts blijkt het gebruik van een implantaat als space-maintainer voor het toekomstige bot rond het implantaat goede resultaten te geven.

## Samenwerking is geboden

Vaak is het nodig om een mutilatie multidisciplinair aan te pakken. Verschillende vakgebieden moeten samenwerken om een esthetisch, functioneel en voorspelbaar resultaat af te leveren. De rol van de huistandarts wordt hierin vaak onderschat. Hij is het die vaak de nodige contacten moet leggen naar de andere praktici. Het is meestal bij hem dat de patiënt bijkomende adviezen komt vragen teneinde een weloverwogen beslissing te kunnen nemen. Zeker in geval van trauma wordt van de behandelende tandarts verwacht dat hij als expert

optreedt ten overstaan van de betrokken partijen, de verzekering én de tegenpartij.

Het is vaak in dergelijke situaties dat men zich als tandarts soms te weinig realiseert dat het tandheelkundig rehabiliteren een aantal stringente beperkingen met zich kan meebrengen. Genezing na het trauma, onverwachte wendingen zoals wortelresorptie, botkwaliëit en botfracturen kunnen de voorgestelde behandeling belemmeren. Zowel de duur van de behandeling, de motivatie van de patiënt als diens financiële bijdrage zijn factoren die het tandheelkundig handelen drastisch kunnen beknotten.

Daarom is het belangrijk dat de tandarts in zijn handelen gesteund worden door ervaringen van collega's. Helaas wordt in de vakliteratuur nogal eens een loopje genomen met de ernst en de realiteit (lees: de reële verwachtingen) van de tandheekunde. Meer en meer valt op dat er zeer sterke verschillen zijn in opvattingen met betrekking tot bepaalde principes. Concepten worden als 'normaal' beschouwd terwijl ze niet altijd wetenschappelijk onderbouwd zijn en tot mislukken gedoemd lijken. Wil men echter meer dan een goede tandarts zijn, dan dient men zich voortdurend te 'upgraden' en daarbij is goede vakliteratuur een must.

Anderzijds krijgen tandartsen, die op een kwalitatief hoog niveau werken, te maken met patiënten die het verschil niet kunnen zien tussen een goed gemaakt werkstuk en een werkstuk dat uit onbekwame handen is gekomen. Dat wekt frustratie op. Toch moeten tandartsen zich blijvend laten uitdagen hun kennis en competentie op een steeds hoger niveau te brengen en moeten zij uitzoeken waar precies de noden van de patiënten liggen (afb. 2).

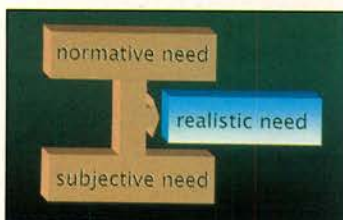
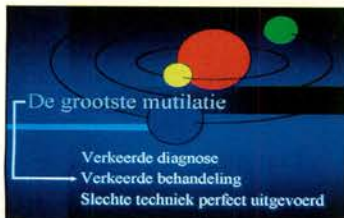
## Besluit

In alle disciplines wordt gestreefd naar een voorspelbaar resultaat. Desondanks blijven er vragen onbeantwoord. Welke endodontische techniek geeft de beste resultaten; zijn adhesiebruggen een goed alternatief op langere termijn; kunnen bepaalde technische handelingen nu echt niet eenvoudiger; welk implantaatsysteem verdient de voorkeur: single stage of two stage; hoe creëren we een interdentaal papil tussen twee implantaten; hoe ontwikkelt zich het botniveau ten opzichte van de marginale opening van het implantaat? Op al deze vragen is nog geen eensluitend antwoord gekomen. Met andere woorden: het blijven voorlopig open vragen.

## Literatuur

- RANDALL JH. A comparison of two techniques for obtaining a connective tissue graft from the palate. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1997; 17 (3): 261-271.

Afb.1. Mutilatie bij rehabilitatie.



Afb.2. Het probleemgerichte behandelingsconcept.