

De toekomstige prothesepatiënt

In de toekomst zullen niet alleen gebitselementen verloren gaan door duidelijk aanwijsbare verwaarlozing, maar ook doordat alle restauratieve mogelijkheden zijn uitgeput. Traditioneel geschiedt de overgang van een betande naar een onbetande situatie met een immediate prothese, een noodprothese of door uitbreiding van een bestaande partiële prothese. Nadelen van deze 3 methoden zijn dat er geen pasfase is om de esthetiek te beoordelen en dat de pasvorm van de prothese bijna altijd te wensen overlaat. Bovendien kan de patiënt nabezwaren krijgen van de extracties, terwijl hij tegelijkertijd dient te wennen aan het dragen van de prothese. Voor de toekomstige, veelal oudere, prothesepatiënt zullen deze nadelen problematisch en onacceptabel zijn. In het onderhavige artikel wordt een methode gepresenteerd die vooral het laatst genoemde nadeel ondervangt.

Op een gipsmodel van de te behandelen kaak wordt een kunstharsplaat vervaardigd met klammers of ankers op de elementen die niet worden geëxtraheerd. Vervolgens worden de te extra-

heren of als pijlers voor een overkappingsprothese te behouden elementen aan de linguale zijde ingekerfd. Dit geschiedt iets boven het niveau van de gingiva tot ongeveer halverwege de klinische kronen. Deze kronen worden linguaal met behulp van autopolymeriserende kunsthars aan de plaatprothese bevestigd. Daarna worden ze ook vanaf buccaal ingekerfd en kan de prothese met de kronen als één geheel uit de mond worden genomen. Tot slot is het mogelijk met de prothese *in situ* een coverafdruk van de kaak te maken om zo de prothesebasis aan de buccale zijde uit te breiden. De periode van nazorg wordt gebruikt om wortels te extraheren, respectievelijk endodontisch te behandelen. Als alle wonden zijn genezen en de patiënt aan de nieuwe situatie is gewend, kan de vervaardiging van een nieuwe prothese starten.

Bron

RICH B, KURTZ KS. The new removable denture patient: treatment procedures. *J Prosthet Dent* 1998; 80: 124-128.

C. de Baat, Ridderkerk



Kindertandheelkunde

Verborgen cariës

Occlusale denticariës die tijdens klinisch onderzoek niet wordt ontdekt maar die op de bitewing-röntgenfoto duidelijk als radiolucentie zichtbaar is, wordt wel aangeduid met de term 'verborgene cariës' ('hidden caries'). Veelal zal er in meer of mindere mate sprake zijn van een ontkalking of een microcaviteit in de fissuur, die klinisch moeilijk zichtbaar kan zijn. Dit geeft al snel aanleiding tot discussie onder academici, onderzoekers en clinici.

Van fluoride wordt wel gesuggereerd dat het een rol speelt in het ontstaan van verborgene cariës. Onderzoek, waarbij het voorkomen van verborgene cariës in een populatie met en zonder waterfluoridering wordt vergeleken, laat zien dat in de gefluorideerde populatie absoluut gezien meer gave occlusale vlakken en meer verborgene cariës wordt gevonden. Als de getallen worden uitgedrukt als percentage van het aantal klinisch gave vlakken, blijkt er meer verborgene cariës voor te komen in het niet-gefluorideerde gebied. Verborgene cariës is dus geen nieuw fenomeen en waterfluoridering lijkt niet verantwoordelijk voor het ontstaan ervan. De invloed van andere fluoridemiddelen is echter nog onduidelijk. Detectie van verborgene laesies is afhankelijk van de cariësprevalentie in de populatie en de frequentie waarmee röntgenfoto's worden gemaakt. Nog onvoldoende is bekend of we hier te maken hebben met een aparte entiteit. Vergelijking van de microflora van

klinisch ontdekte laesies met die van verborgene laesies laat bij verborgene laesies een relatief eenvoudige flora zien die voornamelijk bestaat uit mutans streptococci en lactobacillen. De klinisch zichtbare laesies daarentegen geven een complexere flora te zien. Dit kan op een verschil in etiologie duiden. Maar ook de locatie (oppervlakkig of op de bodem van de fissuur) van de laesie zou tot zo'n verschuiving in flora aanleiding kunnen geven.

Aan de andere kant wordt er ook wel gesuggereerd dat een verbetering van de klinische diagnostiek het voorkomen van verborgene cariës zou uitbannen. Verbetering van de klinische diagnostiek kan worden bereikt door een grondige reiniging te combineren met droogblazen tijdens de inspectie. *In vitro* onderzoek geeft inderdaad aan dat er met een zorgvuldige klinische inspectie winst geboekt kan worden. Hoe een en ander uitpakt in de klinische situatie is nog onduidelijk. Vooralsnog wordt dan ook geadviseerd om bitewing-röntgenfoto's niet alleen nauwkeurig te beoordelen op proximale maar ook op occlusale demineralisaties. De behandeling van verborgene cariës dient volgens de auteurs te bestaan uit de verwijdering van het geïnfecteerde cariëuze dentine en restauratie van het betreffende gebitselement.

Bron

RICKETS D, KIDD E, WEERHEIJM K, SOET H DE. Hidden caries: What is it? Does it exist? Does it matter? *Int Dent J* 1997; 47: 259-265.

K.L. Weerheijm, Amsterdam



Orthodontie

Minder ontkalkingen door fluoridelak?

Tijdens een orthodontische behandeling kunnen er ontkalkingen ontstaan onder loszittende banden, maar ook op plaatsen waar zich geen cement (meer) bevindt onder banden die nog wel vastzitten. In dit artikel werd nagegaan of dit kan worden tegengegaan door voor het cementeren van banden een fluoridebevattende

lak (Fluor Protector[®], van Vivadent) op het glazuur aan te brengen.

In het eerste (*in vitro*) gedeelte van het onderzoek werden 80 geëxtraheerde premolaren zonder ontkalkingen met een frais gehalveerd in buccolinguale richting. Hierdoor werden van hetzelfde gebitselement 80 controle- en 80 experimentele premolaarhelften verkregen. De premolaarhelften werden in 4 groepen verdeeld. Bij één groep werd alleen een laagje Fluor