

Wordt vervolgd

Nog maar een half jaar geleden verscheen er een prachtig NTVT-themanummer van gastredacteur Marco Gresnigt over adhesieve indirecte restauraties. Als redactie zijn we trots op deze editie, die we voor de aardigheid met een mooie goudgele cover lieten verschijnen. In het nummer werd ingegaan op een aantal zeer relevante en moderne aspecten van de adhesieve (indirecte) restauraties, zoals het gebruik van een directe adhesieve laag op het dentine direct na het prepareren (*Immediate Dentin Sealing*, IDS) en het hechten van de glaskeramische restauraties met een verwarmd composiet. Marco gaf aan dat het niet meer nodig is om gezond tandweefsel weg te slijpen als ondersnijdingen eerst met composiet worden uitgeblokt en dat een indirecte partiële restauratie anno 2023 daarmee dus nauwelijks invasiever is dan een directe restauratie. We hadden het ook over digitaal afdrukken, we noemden *Deep Margin Elevations* en bespraken de adhesieve procedure bij endodontisch behandelde gebitselementen. Maar zoals in de wetenschap wel vaker gebeurt, roept een goed artikel meteen weer een aantal vragen op. Zo geldt dat kennelijk ook voor een goed themanummer, want bij het verschijnen kwamen er meteen vragen op en die gingen vooral over een buitencategorie adhesieve restauraties: de diepe adhesieve restauraties.

DIEPE RESTAURATIES

Diepe restauraties zijn over het algemeen lastig en dat was de basis voor een aantal vragen. De eerste: hoe krijgen we de preparatie onder rubberdam? In het themanummer gaven we aan dat restauraties die diep onder het tandvlees eindigen en lastig onder rubberdam zijn te krijgen door middel van een diepe randophoging (ofwel Deep Margin Elevation, afgekort DME) wél adhesief te plaatsen zijn. In deze editie gaan we hier verder op in. Waar ligt eigenlijk de grens van het indicatiegebied voor de adhesieve restauratie? Het is hoe dan ook zaak een gezond parodontium te hebben rondom de subgingivaal gerestaureerde gebitselementen. Wat zijn parodontale aspecten van een DME die aandacht verdienen? Wat is er bekend in de literatuur over een subgingivale outline?

EN ER ZIJN OOK NOG ANDERE OPTIES...

Toch blijven er, ondanks een DME, aspecten bestaan die een diepe restauratie lastig maken, zoals verminderd zicht

op de preparatiegrens, vochtigheid (speeksel, crevculaire vloeistof en/of bloed), problemen met afdrukken (en zeker met scannen). Diepe restauraties zijn nu eenmaal lastig en echt makkelijk zal het nooit worden. En tja, wanneer de preparatiegrens nu echt héél diep ligt, dan is een extractie altijd een optie. Of toch niet? Weer een vraag: want wat zijn dan de behandelopties als je geen DME wilt of kunt toepassen, het gebitselement wilt behouden en toch met rubberdam wilt werken? Die opties zijn een chirurgische klinische kroonverlenging of een extrusie (orthodontisch of chirurgisch). Meteen weer wat vragen: hoe lang gaat een gebitselement mee na een chirurgische klinische kroonverlenging? Hoe wordt een chirurgische extrusie in de praktijk uitgevoerd en wat is een indicatie om zo iets uit te voeren? In dit themanummer wordt daarom ook ingegaan op de overleving van gebitselementen na een klinische kroonverlenging. En die chirurgische extrusie? Het klinkt lastig, maar eigenlijk valt de procedure qua lastigheid best mee. Aan de hand van een casus wordt getoond hoe zo'n chirurgische extrusie wordt uitgevoerd.

Adhesieve restauraties zijn niet meer weg te denken in de praktijk. In deze editie van het NTVT hopen we wat inzichten te kunnen geven in de toepassing van adhesieve restauraties als de preparatiegrens diep ligt. Veel leesplezier en zoals Marco reeds schreef: *stay bonded!!!*



dr. James J.R.
Huddleston Slater en
dr. Maurits C.F.M.
de Kuijper,
hoofdredactie