

Een diasteem bij mensen met een beperking; wat nu?

Ook mensen met een beperking verliezen wel eens (front)elementen. Vooral hun naaste familieleden willen dat hun dierbaren er “gewoon, normaal en verzorgd” uitzien en vinden een diasteem vaak niet acceptabel. Aan de andere kant willen zij deze patiënten niet aan pijnlijke, belastende behandelingen blootstellen alleen voor de esthetiek. Vooral de glasvezelversterkte etsbrug biedt hier een zeer goede uitkomst.

Van Vliet-de Vries HCB. Een diasteem bij mensen met een beperking; wat nu?

Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 23-25

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.01.16181>

Gegeven

Een 27-jarige jonge vrouw met een lichte verstandelijke beperking meldde tijdens de tandheelkundige controle dat ze af en toe een vieze smaak in de mond had en vage klachten aan haar frontelementen. Daarnaast vond ze vooral de stand en kleur van deze gebitselementen lelijk en bovendien lastig te reinigen (afb.1). Het was nadrukkelijk haar wens, om naast klachtenvrij, vooral een mooie ronde aangesloten tandboog te krijgen, zonder dat er een gebitselement naar voren of naar achteren zou staan (Broers, 2011). Een tijdelijk tandenloos front of een uitneembare (nood)voorziening was voor de patiënt geen optie.

Anamnese

Uit de anamnese bleek dat de gebitselementen 11 en 21 in het verleden waren betrokken bij een trauma met avulsie en repositie en naderhand van een endodontische behandeling waren voorzien. Een orthodontische behandeling om de stand van vooral het bovenfront te corrigeren had nooit plaatsgevonden.

Diagnostiek

Bij intraoraal onderzoek bleek bij gebitselement 21 een fistel aanwezig. Een röntgenopname liet duidelijk zien dat gebitselementen 11 en 21 tekenen van forse resorptie ver-



Afb. 1. Beginsituatie.

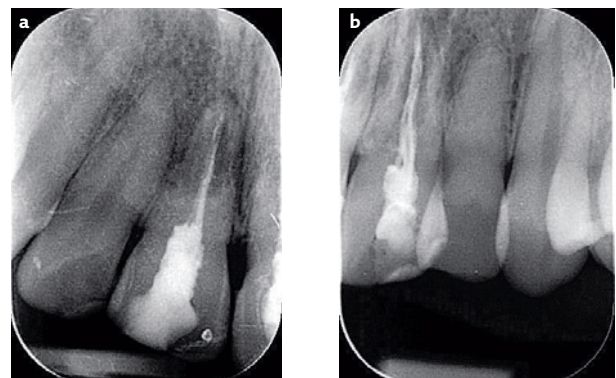
Leermoment

Bij de indicatie voor een frontvervangende met een partiële gebitsprothese moet de etsbrug serieus in overweging worden genomen. Rekening moet worden gehouden met soms frequent noodzakelijke reparaties of uitbreidingen van de etsbrug, maar deze kunnen in het algemeen goed worden uitgevoerd.

toonden (afb. 2). Beide gebitselementen moesten als verloren worden beschouwd. De palatinale stand en afmeting van de wortel van gebitselement 22 waren dusdanig dat deze ook niet geschikt was om te worden verplaatst. Daarna werden aanvullend röntgenopnamen en alginaatafdrukken gemaakt voor overleg met het laboratorium.

Behandeling

Besloten werd de gebitselementen 11, 21 en 22 te extraheren, waarna een behoorlijk diasteem zou resteren waar een oplossing voor moest worden gevonden. Een uitneembare prothetische constructie (kunsttharsplaat of frame) was niet wenselijk gezien de leeftijd van de patiënt en de mate waarin doorgaans uitneembare prothetische constructies worden geaccepteerd door deze patiëntencategorie. Daarnaast veroorzaakt een dergelijke voorziening meer plaqueretentie bij de resterende gebitselementen, hetgeen zeker niet wenselijk is bij een toch al niet optimale mondhygiëne. Een conventionele brug vergde een veel langere behandeltijd, het omslijpen van gave gebitselementen, hogere kosten en kans op slijtage van de antagonist. Bovendien is een conventionele brug slecht reparabel of aanpasbaar. Dit was in deze casus van belang omdat vanwege de stand van gebitselement 22 en de ontstekingen rondom de centrale incisieven werd verwacht dat na extractie botreductie en reductie van gingiva zouden optreden, waarvoor cervicale aanpassing nodig zou zijn. Implantaten waren vanwege hogere kosten, veel langere behandeltijd en mogelijk te verwach-



Afb. 2. a en b. Röntgenopnamen van gebitselementen 11, 21, 22.



Afb. 3. Studiemodellen met daarop aangegeven waar slechts gebitselement 23 hoeft te worden geprepareerd.



Afb. 4. Geëxtraheerde gebitselementen met resorptie.



Afb. 5. Werkmodel.



Afb. 6. Etsbrug *in situ* na plaatsen.

ten toekomstig trauma waarbij de schade nog groter zou kunnen worden, geen optie. Epilepsie, maar ook dyspraxie komen veelvuldiger voor bij deze patiëntengroep, waarbij trauma aan vooral het front aan de orde van de dag is.

Een andere optie was een conventionele etsbrug. Deze heeft echter als nadeel het mogelijk doorschemeren of zelfs zichtbaar zijn van het metaal. Ook is de hechting van het metaal aan het gebitselement lastiger en vrij zwak. In dit specifieke geval was deze toepassing ook niet bruikbaar vanwege een noodzakelijke buccale vleugel. Zonder glasvezels is de sterkte van alleen composietdummies met 2 metalen vleugels voor een dergelijke overspanning niet groot genoeg en is de brug na een breuk lastig reparabel of terug te plaatsen (Vallittu, 2004).

Daarom werd gekozen voor een 5-delige glasvezelversterkte Estenia™ etsbrug (Heumen, 2010). Dit type etsbrug heeft de volgende voordelen: duurzaam, goede pasvorm, Vickers-hardheid als van geel inlay goud, niet abrasief, 3 maal de buigsterkte van porselein, fraaie esthetiek, geschikt voor bruxisten, geschikt voor jonge leeftijd, aanpasbaar bij verlies van gingivavolume en reparabel.

Het voorstel werd enthousiast ontvangen en de behandeling werd in gang gezet. De mondhygiëne werd (nog beter) op peil gebracht en een afspraak werd gemaakt voor de definitieve afdruk. Het plan was om de glasvezelversterkte etsbrug op gebitselement 12 bucaal van een vleugel in de vorm van een facing te voorzien in verband met het ruimtegebrek aan de palatinale zijde en de wens van de patiënt

om een mooie uitgelijnde boog te hebben. Hiervoor was genoeg ruimte beschikbaar, zodat dit gebitselement geen preparatie behoefde. In het tweede kwadrant werd een palatinale vleugel op gebitselement 23 gemaakt (afb. 3). De glasvezels lopen door de dummies heen tot in de vleugels. Ter plaatse van de glasvezels moest genoeg ruimte zijn, zodat de vezels bij slijtage niet aan de oppervlakte komen. De preparatie voor een etsbrug moet aan de volgende eisen voldoen: outline bij voorkeur als een chamfer, afgeronde hoeken, dikte minimaal 0,8 tot 1,0 mm (Durey et al, 2011). De kleur werd bepaald en mondfoto's van de patiënt werden meegestuurd met de nieuwe afdrukken. Daarna werd er voor de extracties aan het einde van de dag een afspraak gemaakt. De gebitselementen bleken inderdaad behoorlijke tekenen van resorptie te vertonen (afb. 4). De dag erna, nadat het bloeden was gestopt, werd de glasvezelversterkte etsbrug geplaatst, zodat de patiënt slechts korte tijd zonder frontelementen was. Aangezien het hier een immediate voorziening betrof, werden in een tandheelkundig laboratorium de gebitselementen 11 en 21 geradeerd (afb. 5).

Van het naar palatinaal staande gebitselement 22 is niet geheel te voorspellen in welke mate er botverlies en daarmee gingivarecessie zal optreden na plaatsing van de etsbrug.

Het gebruik van cofferdam voor het plaatsen was wenselijk, maar omdat het werkterrein goed droog kon worden gelegd, was dit niet strikt noodzakelijk. De pijlers werden eerst (voorzichtig bij de gingiva) grondig met puimsteen gereinigd, gespoeld en gedroogd, alvorens de brug te passen.



Afb. 7. De gebitssituatie 7-8 maanden na plaatsen. Het bot en daarmee ook de gingiva zijn enorm geslonken na extractie van gebitselement 22. Patiënt ondervond ter plaatse veel hinder van voedselimpactie.



Afb. 8. Etsbrug nu met verlengde dummy ter plaatse van gebitselement 22.

Daarna werd de etsbrug gesilaniseerd. Met composiet werd daarna de brug gecementeerd. Na uitharden van het cement, en waar nodig afwerken, werd de occlusie gecontroleerd. Het plaatsen verliep snel en efficiënt en het resultaat was bevredigend, zeker gezien de beginsituatie (afb. 6).

Na 8 maanden werd de patiënt opnieuw gezien met de klacht dat er vooral broodzaden tussen de etsbrug en de gingiva achterbleven. Bovendien vond ze het niet mooi als ze lachte en ze kon er een slissend geluid mee maken (afb. 7). Besloten werd om gebitselement 22 cervicaal te verlengen, zodat de patiënt van alle genoemde bezwaren geen last meer zou hebben. Hiertoe werd onder de etsbrug een stukje cofferdam aangebracht en werd, na silaniseren, het gebitselement op de gebruikelijke wijze met composiet verlengd (afb. 8).

Beschouwing

Een glasvezelversterkte etsbrug van hybride composiet is ideaal voor het oplossen van diastemen bij mensen met een beperking. Er is slechts een korte, goed te verdragen, pijnloze behandelingsperiode nodig, de opvulling van het diastem kan snel worden gerealiseerd, de patiënt hoeft niet of nauwelijks te wennen aan de nieuwe situatie en de fronttandvervangingsprocedure kan gemakkelijk worden aangepast en gerepareerd.

In geval van trauma zal deze etsbrug breken op de zwakste schakel en in zijn geheel loskomen, waardoor de pijler(s) doorgaans voor breuk of beschadiging blijven gespaard (Miettinen en Millar, 2013). Soms kan de glasvezel-

versterkte etsbrug worden gerepareerd en, na verwijdering van eventuele composietresten op de pijler(s), worden gecementeerd. Soms moet er een nieuwe etsbrug worden gemaakt, al dan niet met een nieuw concept voor het aantal vleugels. Maar ook dat levert weinig stress voor patiënten op als ze zien dat de eigen dentitie doorgaans na het trauma nog intact is. Ook de kosten van een dergelijke behandeling zijn acceptabel te noemen.

Literatuur

- * Broers, D (red.). Mondzorg bij mensen met een beperking. Houten: Prelum Uitgevers, 2011.
- * Vallittu PK. Survival rates of resin-bonded, glass fiber-reinforced composite fixed partial dentures with a mean follow-up of 42 months: A pilot study. J Prosthet Dent 2004; 91; 3: 241-246.
- * Heumen CCM van. Fiber-reinforced adhesive bridges. Clinical and laboratory performance. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2010. Academisch proefschrift.
- * Durey KA, Nixon PJ, Robinson S, Chan MFWY. Resin bonded bridges: techniques for success. Br Dent J 2011; 211: 113-118.
- * Miettinen M, Millar BJ. A review of the success and failure characteristics of resin-bonded bridges. Br Dent J 2013; 215: E3.

Summary

A diastema in patients with a disability; what to do?

People with a disability also sometimes lose a (front) tooth. Their closest relatives in particular are concerned that the person they love appears to be 'ordinary, natural and well-cared for' and often consider a diastema to be unacceptable. At the same time, they do not want to expose these patients to a painful, taxing treatment for purely aesthetic reasons. Fibre re-enforced adhesive bridges offer a very good alternative in such cases.

Bron

H.C.B. van Vliet-de Vries

Uit het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde van het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven en Tandartsenpraktijk van Vliet in Bennekom

Datum van acceptatie: 11 juli 2016

Adres: mw. dr. H.C.B. van Vliet-de Vries, Ereprijs 3, 6721 ZA Bennekom
hermawliet@gmail.com