

Het passen van de volledige prothese

In het vorige nummer van dentista hebben we beschreven dat het opstellen van de prothese altijd zijn regels kent. Eenmaal opgesteld, is de pasfase in was bij de patiënt in de mond de volgende stap. Een belangrijke fase, omdat hier nog alles kan worden aangepast. In dit artikel beschrijven we hoe je als behandelaar te werk kunt gaan tijdens de pasfase.

Ralph van der Reijden en Mark Veenstra

In eerdere artikelen (“Fonetische relatie bepaling” en “Front passen”) hebben we al een aantal onderdelen beschreven die ook tijdens de pasfase weer terugkomen. Waar ging het ook alweer om?

1. De drie meet methodieken voor de beet-hoogte (schuifmaat, de “gelaatshoogte” of “profielhoogte” en fonetiek).
2. De lip en wangvulling.
3. De fonetiek.
4. De zichtbaarheid van de elementen van zowel de boven- als onder prothese.
5. Het feit dat de esthetiek de functionaliteit nooit mag benadelen.



6. Controle van de referentielijnen zoals; mediaanlijn, cuspidaatlijn, lachlijn en het vlak van oriëntatie.
7. Uitgebreide uitleg richting de patiënt over hoe en waarom je tot bepaalde keuzes bent gekomen.

Pasprothese in de articulator

Voordat de pasprothese bij de patiënt in de mond wordt gepast is het belangrijk om deze eerst in de articulator te bekijken. Check bijvoorbeeld met een articulatiepapiertje of de contactpunten in de molaarstreek op de juiste plek zitten zoals het opstel systeem voorschrijft. Vervolgens controleren we de articulatie. Door dit tijdens het passen in de mond nogmaals te doen met een andere kleur articulatiepapier, kunnen afwijkingen/verschillen in deze contactpunten en de articulatie worden waargenomen. Vervolgens moet dan worden onderzocht wat de oorzaak is van deze verschillen.

Het uitgangspunt is altijd dat de pasprothese aan alle eisen voldoet waaraan de uiteindelijke prothese ook moet voldoen. Enkel met het verschil dat de prothese niet van kunsthars is gemaakt maar van was. Dus later elementen afslippen of de articulatie kloppend maken door deze erin te slijpen is geen goede benadering voor het verkrijgen van een goede occlusie en articulatie.

Een vuistregel: *Het re -occluderen en inslijpen doet men enkel om de afwijkingen die*

zijn ontstaan tijdens het omzetten van de prothese in was naar kunsthars te corrigeren. opstellen en later ‘de boel erin slijpen’ is ‘not done’.

Laten wennen

Als de pasprothese in de mond wordt geplaatst is het raadzaam de patiënt eerst even te laten wennen aan het nieuwe gevoel. Het is natuurlijk zeer normaal dat je als behandelaar direct wil kijken of alles klopt en je metingen correct zijn geweest, maar je moet letterlijk een stapje terugnemen als je de pasprothese in de mond zet. Door dit te doen zal de patiënt makkelijker ontspannen. Laat de patiënt - indien mogelijk - even staan en voor een grote spiegel naar het resultaat kijken. Als de patiënt een beetje gewend is aan de nieuwe ervaring kun je aan je controlelijstje beginnen.

Stap voor stap

Tip: *Onderstaande stappen kunnen best wat tijd in beslag nemen. Het is daarom raadzaam om de prothese tussentijds even met koud water af te spoelen.*

Omdat de pasprothese van was is gemaakt is het aan te raden **eerst met articulatiepapier** de occlusie te controleren. Houd indien nodig de onderprothese met de vingers aan de buccale zijden op zijn plaats en laat de patiënt een aantal keren voorzichtig dichtbijten. De prothese wordt tijdens het passen wat zachter omdat was en schellak thermoplastische materialen zijn. Als de contactpunten overeenkomen met de punten die je eerder in de articulator al hebt gecontroleerd kun je concluderen dat de vorige fase - de pijlpuntregistratie - goed is gegaan. Eventueel kan op een later moment ook nog eens de articulatie gecontroleerd worden maar het is aan te raden dit pas na de volgende metingen te doen. Als tweede stap kan dan vervolgens **de beet- en rusthoogte** worden opgemeten. Zoals we eerder al hebben aangeven kun je dit op drie manieren doen: Meting middels twee vaste punten, bijvoorbeeld een stip op de neus en de kin. Middels een schuifmaat, passer of liniaal kan dan de beet en rusthoogte worden gemeten. De tweede methode is de gelaats- of profielhoogte. Het kan best zijn dat - na de meting met de schuifmaat - de hoogte van de prothese goed blijkt te zijn, maar dat de patiënt nog steeds een ingevallen mond heeft, diep dichtbijt of een platte mond heeft. Er kan dan bijvoorbeeld sprake zijn van een te

lage habituele beet. De derde methode is de meting middels de fonetiek, door de patiënt te laten spreken kan zowel de hoogte als de fonetiek van de pasprothese worden gecontroleerd. Laat de patiënt bijvoorbeeld tellen van 60 naar 70. Komen de tanden en kiezen tegen, of op elkaar tijdens het spreken dan is er vaak sprake van een te hoge beet of een verkeerde beetrelatie. Doormiddel van het laten uitspreken van de F- of V-klanken kun je de positie van het incisiefpunt controleren. Tijdens het spreken kan je ook de zichtbaarheid van de boven en onder elementen controleren. Laat hierbij de patiënt naar zichzelf spreken in de spiegel, zodat hij zich bewust is van hetgeen anderen zien.



Tijdens een ontspannen passessie zal dan ook vaak de lachlijn goed te controleren zijn. Dit is vaak wel wat “tricky” omdat iemand altijd geneigd is geforceerd te lachen. Daarbij komt nog het feit dat de pasprothese soms niet goed vastzit, waardoor het spreken en lachen wat lastiger gaat.

Tip: Wissel de pasprothese af en toe even af met de huidige prothese om zo goed de verschillen te kunnen benoemen en bewustwording te creëren.



Het is belangrijk dat er ruim de tijd wordt genomen voor de pasfase. De patiënt moet goede uitleg krijgen over de mogelijkheden in dit stadium.

Het is een echte aanrader om de patiënt iemand mee te laten nemen tijdens deze zitting. Feedback van een vertrouwd persoon is immers van groot belang. Tevens kun je als behandelaar deze ‘invloedrijke’ personen uitleggen waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt. Door dit te doen kan er een hoop uitleg en gedoe achteraf worden voorkomen. Let wel, niets is waterdicht als het gaat om tevredenheid van je patiënt over de esthetiek van zijn of haar gebitsprothese. Maar het voorkomen van onnodig nawerk doormiddel van uitgebreide voorlichting en eventueel een tweede pasfase van de volledige prothese is aan te bevelen.

Omdat er al een pasfase is gedaan van alleen de frontelementen, zijn er voor wat betreft de tandenkeuze en opstelling daarvan dus al twee zittingen geweest. Dat geeft zowel de behandelaar als de patiënt een goed beeld van het uiteindelijke resultaat. Vooral tijdens deze zitting zijn zaken als observeren en luisteren van groot belang. Geef de patiënt daarom ook de ruimte om commentaar te geven op het resultaat. Als ze nu niet tevreden zijn worden ze dat ook niet als de prothese is geplaatst. Is alles uiteindelijk zowel functioneel als esthetisch naar wens, dan kan de prothese worden omgezet in kunsthars.

Tip: Kan iemand geen besluit nemen over de esthetiek van de prothese, forceer dan geen besluit maar geef de pasprothese mee naar huis en laat diegene alle feedback opschrijven en meenemen naar de volgende zitting.



Samenvatting

Zoals met alles in de prothetiek kost ook het passen van de volledige prothese tijd. Neem hiervoor ook de tijd. Een rustige pasfase waar de behandelaar niet gejaagd of ongeduldig overkomt betaalt zich immers sneller uit in een tevreden patiënt, dan wanneer dit even snel tussendoor gebeurt.

Ga hierbij methodisch te werk. Een vaste volgorde waarborgt kwaliteit en tevens brengt deze routine een zekerheid met zich mee dat zaken minder snel over het hoofd worden gezien.

Door de patiënt iemand mee te laten nemen naar deze belangrijke zitting kun je als behandelaar de omgeving goede uitleg geven waarom bepaalde keuzes worden gemaakt. Door deze duidelijk vooraf uit te leggen investeer je direct in een goede adaptatie van de prothese, van zowel de patiënt zelf als zijn of haar omgeving. Bedenk daarom als behandelaar ook nu weer goed dat enkel jij de vakinhoudelijke deskundige bent. Neem geen dingen voor lief en leg alles duidelijke taal uit. De patiënt is namelijk niet verantwoordelijk voor de ‘outcome’. Dat is altijd de behandelaar. Hetzij door goede uitleg over de voorspelbaarheid en eventuele nadelen. Of doormiddel van het simpelweg bewaken van de grenzen omtrent esthetiek en functionaliteit.



Mark Veenstra (l) en Ralph van der Reijden (r) zijn beiden tandtechnicus en tandprotheticus. Ralph heeft twee praktijken in Rotterdam (www.ralphvanderreijden.nl) en is docent aan de opleiding tandprothetiek. Mark is eigenaar van tandprothetische praktijk en tandtechnisch laboratorium Veenstra in Emmen en werkzaam bij verschillende tandartspraktijken. Daarnaast is hij docent en klinieccoördinator bij de opleiding Tandprothetiek aan de Hogeschool Utrecht.