

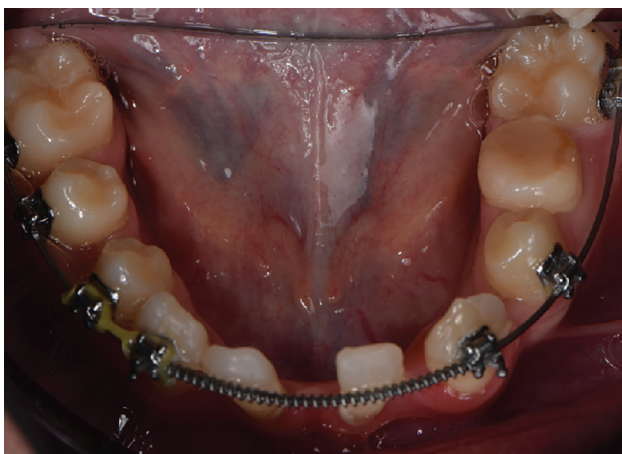


Spelen voor tandenfee bij agenesieën

Van melkmolaar naar premolaar zónder te wisselen

Iedereen herinnert zich nog de euforie van die eerste losse tand. Na al die tijd vol verwachting te zien hoe de kinderen in de klas hun losse tand onder hun kussen mochten leggen, was het dan eindelijk zover!

Helaas is dit niet voor iedereen zo vanzelfsprekend. Naar schatting heeft 3-5% van de kinderen te maken met een of meerdere agenesieën (Schalk-Van der Weide, 1992). Meestal gaat het slechts om een ontbrekend element. Bij het grootste gedeelte gaat het dan om een premolaar in de bovenkaak of een laterale incisief in de bovenkaak. Multipiele agenesieën komen gelukkig minder vaak voor. Als tandarts is het belangrijk dat we dit op tijd diagnosticeren en op het juiste moment de juiste behandelkeuzes maken. Zo is de mesiodistale afmeting van een melkmolaar door de Leewayspace veel groter dan die van een premolaar. Als deze in stand gehouden wordt zorgt dit voor crowding en nog vaker voor knobbel-knobbel contact met slijtage. Zeker nu we de laatste jaren zien dat slijtage bij jongeren toe lijkt te nemen, zou een pro-actieve benadering de voorkeur hebben. Om een goede occlusie te bereiken zal de mesio-distale afstand van het diasteem aangepast moeten worden. Dit kan gedaan worden door 'premolariëatie' van een melkmolaar. Hoe dit in zijn werk gaat zullen we illustreren in de volgende casus.



1. Een 15-jarig meisje met multipiele agenesieën meldt zich bij ons in de praktijk. In ons multidisciplinaire overleg wordt samen met de

orthodontist als onderdeel van het behandelplan besloten dat we de 75 zullen gaan 'premolariëren'. Autotransplantaties zijn helaas niet zinvol gezien het tekort aan tandweefsel. Voor het onderfront zijn dergelijke opties ook niet voor handen en zullen we de diastemen ter plaatse van de lateralen opvullen d.m.v. een etsbrug. Op den duur zal een implantaat ter plaatse van de 35 de eindoplossing zijn, maar dat kan best wel uitgesteld worden.



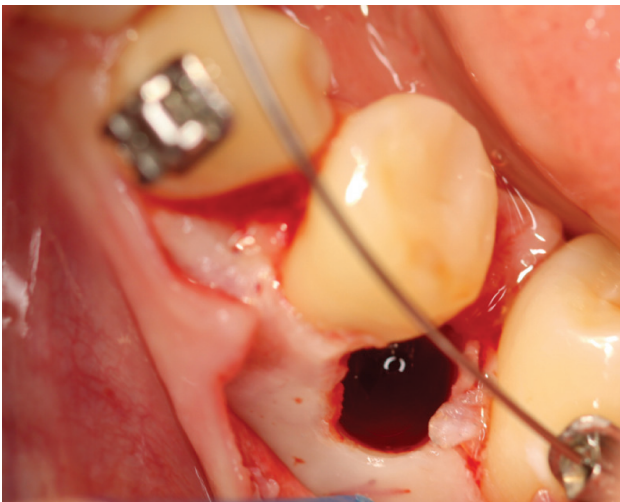
2. Door een collega in de praktijk wordt een endo uitgevoerd in de 75. Na analyse van de röntgenfoto wordt besloten om de distale radix te verwijderen.



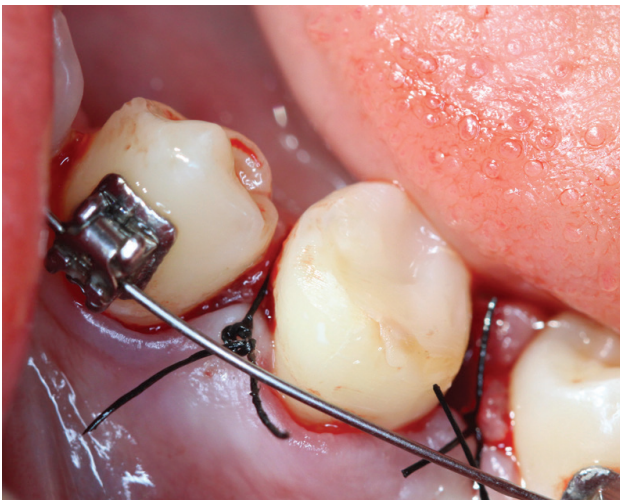
3. Het mucoperiost wordt afgeschoven en de mesiodistale afstand wordt vanaf mesiaal gezien gelijkgehouden aan het contralaterale element. De distale radix wordt met een chamferboor in een rood hoekstuk losgeprepareerd en de distale zijde van het resterende fragment wordt rond afgewerkt met een finerboor en sofflexschijven.



4. Vervolgens wordt de distale radix verwijderd met een hevel en wordt de locatie waar de furcatie gezeten heeft glad gemaakt met de perio-set en wordt er gespoeld met NaCl-oplossing.



5. Daarna wordt alles overhecht en wordt de patiënt geïnstrueerd de eerste dagen te spoelen met chloorhexidine oplossing.



6. Na een week worden de hechtingen verwijderd en wordt het element onder cofferdam met composiet omgebouwd tot premolaar.



7. Na opbouwen komt het element qua afmetingen in de buurt van een echte premolaar en kan de orthodontist het element voorzien van een bracket en beginnen met sluiten van het diasteem.

