

# Solitaire fronttandvervanging: implantaat met kroon of éénvleugelige adhesiefbrug?

**Vóór de Covid-periode werd op congressen steeds vaker de indirecte anterieure cantilever adhesiefbrug geprezen als optie voor solitaire fronttandvervanging. Welke onderbouwing is er voor deze restauratiemethode, waar moet je als tandarts en tandtechnicus op letten en in hoeverre is deze adhesiefbrug een alternatief voor een solitair implantaat?**

Sinds 2016 hoorde je tijdens congressen – in voordrachten van restauratief tandartsen én implantologen die op de internationale Bühnes stonden, zoals Meyenberg, Garber en Blatz – steeds vaker lovende uitspraken over het toepassen van de indirecte anterieure cantilever adhesiefbrug bij solitaire fronttandvervanging. De achterliggende gedachte van de implantologen was dan dat de restauratie, meestal gemaakt van Zirconia, heel goed benut kon worden om 'tijd te kopen'. Ofwel: om het plaatsen van een implantaat met kroon uit te stellen en dan zeker niet alleen bij jonge patiënten, ook bij dertigers en veertigers zou dat een optie zijn. Nu was er altijd al wel aandacht voor de cantilever adhesiefbrug in de esthetische zone, maar het lijkt er sterk op dat er veel meer aandacht voor deze restau-

ratie is sinds Matthias Kern er presentaties over heeft gehouden op de grote internationale symposia en zijn nieuwe boek over adhesiefbruggen publiceerde (2017).

## **Weet wat je doet – en doe het netjes**

De harde onderzoekscijfers over deze voorziening zijn helder. De 15 jaars overleving van deze resin bonded, anterior cantilever restauraties in Alumina (aluminiumoxyde) bedraagt 95,4% (Kern, Journal of Dentistry 2017). De tien jaars overleving van deze resin bonded, anterior Zirconia cantilever restauraties is 98,2% (Kern, Passis, Saase, Yazigi Journal of Dentistry 2017).

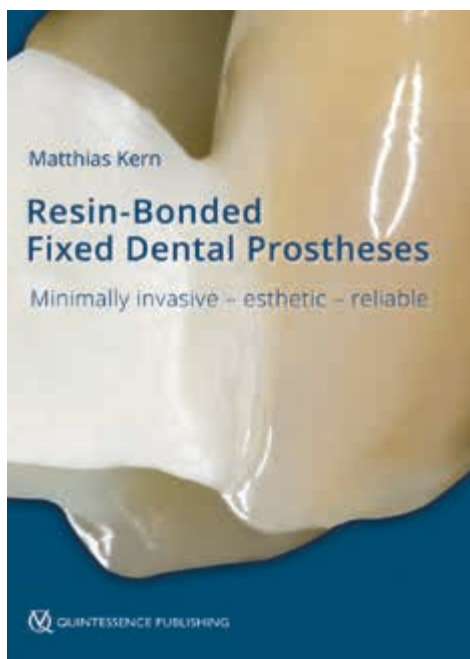
Wij hebben ons vanaf de introductie (Nico Creugers – begin jaren '80) van deze solitaire tandvervanging tot op heden geïnteresseerd in deze manier van restaureren. Onderzoek levert steeds meer informatie over deze restauratiemethode én er komen af en toe nieuwe materialen bij. Tevens is het adhesief bevestigen op een succesvolle manier te realiseren, daarvoor is voldoende onderbouwing.

Voor de tandarts én tandtechnicus geldt: wéét wat je doet en doe het vooral nauwkeurig. Dan is het voor iedereen mogelijk om duurzame adhesiefbrugjes succesvol toe te passen. Maar dat is slechts een gedeelte van het verhaal.

Van belang is het minimaal prepareren van het pijler-element op de manier zoals onderstaande foto laat zien. De preparatie dient ervoor om de voorziening eenduidig op zijn plaats te kunnen brengen en te houden tijdens plaatsen.

## **Betrouwbaar**

Adhesiefbrugjes in het algemeen hebben bij veel tandartsen en tandtechnici het stempel onbetrouwbaar te zijn. Ik denk dat dit niet terecht is. De restauraties zijn betrouwbaar als er goed naar de occlusie en articulatie gekeken wordt, als de preparaties volgens de juiste standaard zijn uitgevoerd (onderzoek Kern, 2005 – 'Clinical long-term survival of two-retainer and single-retainer all-ceramic resin-bonded fixed partial dentures') én als er voldaan wordt aan het correct uitvoeren van de cementeerprocedure. In het laatste boek van Kern kun je er van alles over lezen en leren.



*Dit boek is verkrijgbaar op [www.dentalbookshop.eu](http://www.dentalbookshop.eu)*



### Ankylose en groei

Eén van de eigenschappen van een implantaat met kroon is dat het zich gedraagt als een ankylotisch element: het groeit niet mee met de dentitie. De groei in het menselijk lichaam gaat eindeloos door, de dentitie blijft in de loop der jaren veranderen. Cantilever adhesiefbrugjes daarentegen groeien mee met de gehele dentitie - de esthetiek blijft dus fraaier.

Het aanbrengen van een solitair implantaat als fronttandvervanging kan niet gezien worden als een oplossing 'voor het leven', al zouden we dat misschien wel willen. Na verloop van jaren (één tot twee decennia) is het nodig om de kroon te vervangen en wellicht aanvullende chirurgie te doen om de esthetiek weer op niveau te brengen. Een implantaat is toch een invasieve



voorziening en qua positie in ieder geval niet aan te passen. Een anterieur cantilever adhesiefbrugje is veel minder invasief en redelijk gemakkelijk te vervangen als de esthetiek daar om vraagt.

### Overlevingskansen

Als solitaire tandvervanging in het front kan de cantilever adhesiefbrug het beter blijven doen dan een implantaat met kroon. Zéker als er later complicaties volgen rondom het implantaat, bijvoorbeeld door peri-implantitis - die in 10% van de gevallen binnen tien jaar optreedt.

Een cantilever adhesiefbrug is mijns inziens als solitaire fronttandvervanging dan ook een goed alternatief. Deze is ten opzichte van implantologie technisch minder gecompliceerd te realiseren, voordeliger en vereist een optimaal invasieve behandeling. Ook op de lange duur is een esthetisch blijvend fraai resultaat mogelijk (de cantilever adhesiefbrug groeit mee met de dentitie) en is er sprake van een hoog overlevingspercentage (98,2% na tien jaar). Ik vraag me af hoe zich dat verhoudt tot een implantaat met kroon als het gaat om het overlevingspercentage na tien jaar. In ieder geval is er al kans op peri-implantitis en gaat er met de kroon ook nogal eens iets mis in die tien jaar (Irena Sailer deed daar onderzoek naar). Bij het gebruik van een implantaat bij solitaire fronttandvervanging geldt bovendien dikwijls de problematiek van het dunne biotype mucosa. Om nog maar te zwijgen over de esthetische consequenties bij het verdwijnen van de buccale botlamel na implanteren.

### Conclusie


De belangrijkste boodschap van mijn betoog over solitaire fronttandvervanging is om zo lang mogelijk te



wachten met implanteren. De mens leeft op dit moment met een levensverwachting van rond de tachtig jaar. Voor implantologie geldt dat het met een implantaat, de omringende weefsels en suprastructuur (de vijf jaars overleving) in het begin erg goed gaat. Maar na één decennium (de tien jaars overleving) zijn de succespercentages al weer wat lager geworden. Twintig jaar na implanteren blijkt dat er bij éénderde van de cases problemen zijn: met de harde of zachte weefsels, het implantaat, de kroon of esthetiek en functie.

Na die twintig jaar worden de aantallen probleemgevallen alleen maar groter. Vaak moet er – voor een mooier resultaat – chirurgisch worden ingegrepen en moet de suprastructuur worden vernieuwd. Eigenlijk is het resultaat van implantaat en kroon in de anteriore zone in de eerste vijf jaar het beste en mooiste. Na twintig jaar volgt een herbehandeling, die vaak veel

moeilijker is dan de eerste behandeling. Qua esthetiek haalt het eindresultaat het ook niet meer bij de eerste behandeling.

Bij een persoon tussen 20-35 jaar met een implantaat in de esthetische zone zou in principe nog drie keer een implantaatcyclus moeten volgen. Een relatief gunstige leeftijd om te implanteren is tussen de 50 en 60 jaar. Tot 50-jarige leeftijd kun je (in ieder geval in het front) tijd kopen door – voordat er wordt geïmplanteerd – met éénvleugelige adhesiefbrugjes van Zirconia te werken. Je zou er voor kunnen kiezen om per decennium het brugje te vernieuwen. De tien jaars overleving van de (alumina) éénvleugelige RBFPD's is 94,4%. Laat staan wat Zirconia doet. 

*Paul Goedegebuure*