

DENTAL TRIBUNE

— The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition —

DECEMBER 2011

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 1 | NUMMER 9



Cursuscentrum CIDE
Interview met oprichters
Walter van Driel en
Michaël Smulders

> Pagina 4-7



Congres Ivoren Kruis
Een nieuwe kijk op
cariëspreventie

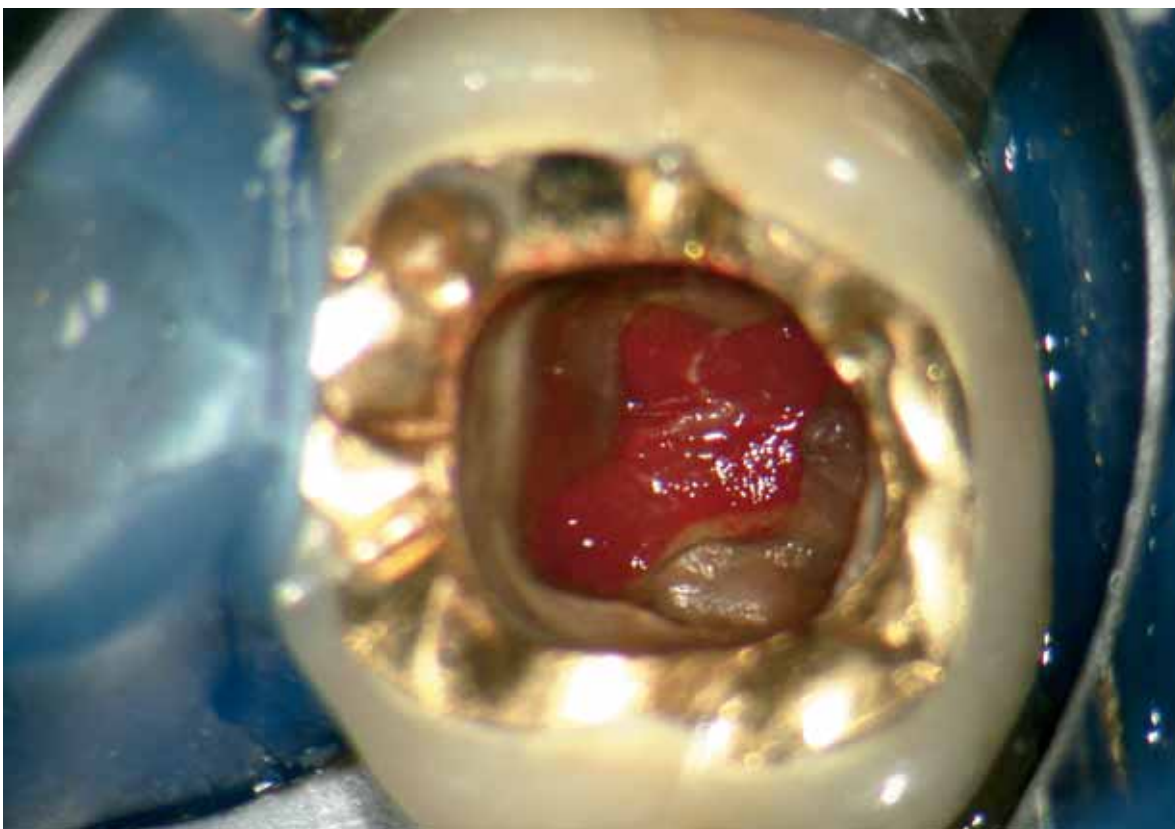
> Pagina 18-19



**Tandartsangst
verleden tijd?**
TU Delft ontwikkelt game
voor tandartspatiënten

> Pagina 23

“Wortelkanaalbehandeling vriendelijker geworden”



Grote perforatie in de furcatie van een elders behandeld gebitselement.

VAN DE REDACTIE

UTRECHT - Endodontologie vormt voor zowel gespecialiseerde tandartsen als algemeen praktici een uitdaging. Of het nu ligt aan de onzichtbaarheid van het resultaat, het tijdrovende karakter of simpelweg aan de hoge moeilijkheidsgraad: veel praktici blijven opzien tegen het uitvoeren van een wortelkanaalbehandeling.

Toch heeft de endodontologie de afgelopen decennia niet stilgestaan. “Door de nieuwe materialen en methoden is een wortelkanaalbehandeling tegenwoordig een stuk comfortabeler uit te voeren, zowel voor de tandarts als voor de patiënt,” stelt tandarts-endodontoloog Walter van Driel in een uitgebreid vraaggesprek dat hij, samen met Michaël Smulders, had met *Dental Tribune*. “Het is een veel vriendelijker behandeling geworden. Verder is door de standaardisering van materialen de foutmarge veel kleiner.”

Een belangrijk nieuw element in de wortelkanaalbehandeling is de behandelmicroscop, die de zo gewenste nauwkeurigheid brengt. Van Driel: “Materialen en instrumenten zijn tegenwoordig zo ver ontwikkeld dat zij de precisie van het blote oog overstijgen. Je hebt daarom een behandelmicroscop nodig om hun volle potentie te benutten.” Smulders, expert en cursusdocent op het gebied van de behandelmicroscop, onderschrijft deze mening: “Ik werk nooit meer zonder vergroting.” In het programma van het recentelijk door hen opgerichte cursuscentrum CIDE is het werken met de behandelmicroscop de rode draad.

In deze editie, die voor een belangrijk deel in het teken staat van de endodontologie, vindt u ook een leerzaam excerpt over pijn tijdens de wortelkanaalbehandeling. Hier leest u over de diverse oorzaken van de pijn en over manieren om deze te voorkomen en eventueel weg te nemen. ■

Berispingen en geldboetes openbaar in BIG-register

DEN HAAG - Berispingen en geldboetes voor medische professionals worden openbaar in het BIG-register. De Eerste Kamer heeft hiertoe een wetsvoorstel aangenomen. Tuchtrectelijke waarschuwingen blijven, krachtens de nieuwe wet, niet openbaar.

Met het wetsvoorstel wordt tegemoetgekomen aan een breed gedragen roep om meer transparantie in de zorg. Het voorstel van de SP werd in maart van dit jaar door de Tweede Kamer geloodst. In het oorspronkelijke voorstel wilden de socialisten alle tuchtrectelijke maatregelen die geen gevolgen hebben voor de beroepsuitoefening (berispingen, geldboetes én waarschuwingen) in het BIG-register openbaar maken.

De landelijke artsenfederatie KNMG was daar faliekant tegen. “Met de voorgestelde openbaarmaking schiet de patiënt niets op,” schreef de federatie destijds in een brief aan de Tweede Kamer. “Het schept een vertekend beeld over wat goede en minder goede artsen zijn. Een incidentele

le waarschuwing in een specifiek geval zegt namelijk niets over de ‘overall’ kwaliteit van een arts. Patiënten zouden kunnen denken dat een arts zonder waarschuwing een betere arts is dan een gewaarschuwd arts en dat hoeft beslist niet zo te zijn.”

De consensus die in het uiteindelijke wetsvoorstel is bereikt - berispingen en geldboetes wel openbaar, waarschuwingen niet - stemt de federatie maar deels tevreden. “De KNMG is geen voorstander van openbaarmaking van berispingen en geldboetes, maar nu dit wel gebeurt, willen wij dat ook een samenvatting van de uitspraak wordt gepubliceerd in het BIG-register, zodat de patiënt meer informatie krijgt. Alleen de aard van het voorval melden is onvoldoende. Dit zegt meestal weinig over de inhoud en reden van het oordeel van de tuchtrecter. Ook wordt daarmee zo veel mogelijk voorkomen dat mensen te snelle conclusies verbinden aan de opgelegde maatregel,” stelt de artsenfederatie. ■

Vrije tarieven: een case-study

Nu de mondzorg in Nederland aan de vooravond staat van grote veranderingen, is het interessant eens rond te kijken in een land waar vrije mondzorgtarieven sinds jaar en dag vanzelfsprekend zijn: de Verenigde Staten. Het land met enkele van de beste mondzorgklinieken ter wereld, maar ook het land waar een aanzienlijk deel van de bevolking zich geen tandartsverzekering kan veroorloven. De redactie van *Dental Tribune Netherlands Edition* ging op onderzoek uit naar de Amerikaanse situatie en werd met zowel nastrevenswaardige elementen als ware schrikbeelden geconfronteerd.

Uit de reportage in deze editie (zie pagina 14-15) kunnen we concluderen dat met de invoering van vrije prijzen in elk geval één verworvenheid van de Nederlandse mondzorg streng moet worden bewaakt: toegankelijkheid voor iedereen, jong en oud, rijk en arm, in de stad en op het platteland. ■



CENTRE INNOVATIVE DENTAL EDUCATION

TANDHEELKUNDIG CURSUSCENTRUM



HYPERMODERN • HANDS-ON • INDIVIDUELE AANDACHT

BEKIJK HET VOLLEDIGE CURSUSAANBOD
WWW.CIDE.NL

Invloed van beugelbehandeling op weefsel onderzocht



NIJMEGEN - Bij een beugelbehandeling wordt druk op de tand gezet om deze te kunnen verplaatsen. Promovenda Martina von Böhl onderzocht wat er gebeurt in het omliggende weefsel, dat de vezels bevat waarmee

relatie is met de krachtgrootte. Het optreden van kleine focale hyalinisatiegebieden verklaart mogelijk de individuele verschillen in de mate van tandverplaatsing. Literatuuronderzoek naar een mogelijke relatie tussen grootte van de kracht en afname van de doorbloeding van de pulpa leverde tegenstrijdige resultaten op. Verder concludeert Von Böhl dat orthodontische tandverplaatsing zelf geen onomkeerbaar effect heeft op het pulpaweefsel in jonge en volwassen ratten.

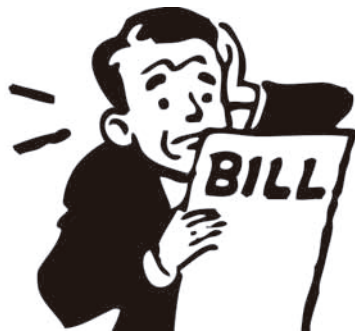
Martina von Böhl studeerde Tandheelkunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Sinds 2007 heeft zij haar eigen orthodontische praktijk en werkte zij parttime aan haar proefschrift binnen de Vakgroep Orthodontie en Craniofaciale Biologie van het UMC St Radboud. (bron: UMC St. Radboud) ■

“Orthodontische tandverplaatsing heeft geen onomkeerbaar effect op pulpaweefsel”

de tand aan het bot is verankerd. Ook bekeek zij of de pulpa verandert als de tand wordt verplaatst. Het promotieonderzoek behandelt zowel humaan als dierexperimenteel onderzoek.

Von Böhl concludeert dat orthodontische tandverplaatsing beïnvloed wordt door hyalinisatie (lokale necrose), maar dat er geen

Stijgende kosten drukken tandartsbezoek in 2012



Terecht of niet: de Nederlandse zorgconsument anticipeert nu al op stijgende tandartsrekeningen.

AMSTERDAM - Een kwart van de Nederlanders verwacht volgend jaar minder vaak naar de arts of tandarts te gaan, als gevolg van stijgende zorgkosten. Dat blijkt uit een enquête in opdracht van RTL Nieuws. Nadat zorgverzekeraar CZ in oktober via een bericht in de Telegraaf al waarschuwde voor stijgende tandartskosten in 2012, blijkt nu dat consumenten deze zorg delen.

De enquête van RTL wijst uit dat vooral de fysiotherapeut en tandarts volgend jaar minder worden bezocht. Ruim 61% van de duizend geënquêteerden zegt op de fysiotherapeut te zullen bezuinigen. 52% en 50% verwacht minder vaak naar respectievelijk tandarts en huisarts te gaan. Eenzelfde percentage is voornemens minder langs te gaan bij de psycholoog of andere verleners van psychische zorg.

Uit de enquête blijkt tevens dat veel mensen overwegen een goedkopere verzekering te nemen met minder dekking. Het eigen risico gaat in 2012 met 50 euro omhoog, naar 220 euro. Ook premies voor (aanvullende) verzekeringen gaan omhoog. Een klein deel van de ondervraagden, 4%, zegt de aanvullende verzekering(en) op te gaan zeggen. 5,2% wil zich juist aanvullend verzekeren om de extra kosten op te vangen.

De zorgen van consumenten en CZ over de stijgende kosten van mondzorgbehandelingen in 2012 staan overigens haaks op de verwachtingen van minister Schippers van VWS. De minister verwacht dat het loslaten van de standaardvergoedingen een prijsdrukkend effect zal hebben, terwijl de kwaliteit en service omhoog zullen gaan. Hierdoor vermoedt zij dat de consument uiteindelijk de grote winnaar zal worden van de vrije prijsvorming.

Naarmate de start van het experiment met de vrije tarieven in de mondzorg nadert, neemt het aantal partijen toe dat publiekelijk verwachtingen uitspreekt. Beroepsvereniging NMT voert al jaren campagne voor het experiment. “Het is niet uit te leggen waarom de overheid de mondzorg, die voor 80% privaat gefinancierd wordt, zo sterk moet reguleren,” liet voorzitter Rob Barnasconi onlangs optekenen in

het tijdschrift *Arts en Auto*.

Tegenover deze uitgesproken voorstander staat bijvoorbeeld de Consumentenbond, die schoorvoetend met het experiment akkoord lijkt te zijn gegaan. Hoewel de waakhond voor consumentenbelangen werkt aan een klantvriendelijke tandartsrekening, betekent dit niet dat de bond vrije prijsvorming in de mondzorg nu

“Bijna 52% van de geënquêteerden verwacht in 2012 minder vaak naar de tandarts te gaan”

een goed idee vindt. “Het komt te vroeg. Medio 2012 is er informatie beschikbaar over de kwaliteit van tandartsen en andere professionals in de mondzorg. Pas dan kunnen consumenten ook gaan vergelijken,” vertelde een woordvoerder aan *Arts en Auto*.

De afwachting en bezorgde houding van consumenten ten opzichte van de ontwikkeling van mondzorgkosten is een nieuwe indicator van de gespannen en onzekere situatie in het vakgebied. Naar verwachting gaat de beïnvloeding van de publieke opinie over het experiment met de vrije tarieven de komende maanden een nieuwe, intensievere fase in. (bronnen: RTL Nieuws, Arts en Auto) ■

NMT relativeert noodzaak tot praktijkwebsite

HOUTEN - Brancheorganisatie NMT heeft in de communicatie aan haar leden gewezen op het feit dat een website met een prijslijst in het kader van het experiment met de vrije tarieven weliswaar een voorwaarde is, maar géén wettelijke verplichting. De wet verplicht slechts tot een goed zichtbare prijslijst in de praktijk. Als de praktijk een website heeft, is de praktijkhouder overigens verplicht hier de tarieven op te plaatsen.

De boodschap van het NMT leidde tot verontwaardiging bij diverse partijen in de mondzorg. Secretaris Ronald Bos van het Ivoeren Kruis reageerde furieus: “Dat het NMT communiceert dat een praktijkwebsite met prijslijst niet prioritair is, is een grof schandaal. De dentale sector loopt jarenlang achter op het gebied van transparantie. Veel praktijken hebben nog geen website. Ik denk niet dat er in Nederland een andere sector is waar dat in 2011 nog kan. Het is wrang dat juist nu de sector met het experiment met de vrije tarieven de kans krijgt in één keer een forse inhaalslag te maken, het NMT de hardheid van deze eis ondermijnt. Daarnaast rijden ze hiermee de medisch-digitale bedrijven die de markt voor praktijkwebsites proberen te ontsluiten, in de wielen.”

Eén van die bedrijven is Tri-

plePro, aanbieder van complete praktijkwebsites die aan alle eisen van het ministerie voldoen. Consultant Ellert Boeke, verantwoordelijk voor het dossier mondzorg bij TriplePro: “Ik vind dit zeer merkwaardig. Het roept bij mij allerlei vragen op, in de eerste plaats over de transparantie voor de patiënt. Want hoe worden patiënten geacht een af-

voor mij. Het tegendeel is namelijk waar: wij communiceren al maandenlang naar tandartsen dat een praktijkwebsite aan te raden is, omdat het één van de voorwaarden voor het slagen van het experiment is.” Maar hoe kan de verwarring dan zijn ontstaan? Van Zuilen: “Feitelijk gezien is het inderdaad zo dat de praktijkwebsite geen wettelijke verplich-

“Als grootste brancheorganisatie weet het NMT dat veel leden opzien tegen alle veranderingen die praktijken in korte tijd moeten doorvoeren”

gewogen keuze te maken in een concurrerende markt als er geen websites met prijslijsten bestaan? Moeten zij dan met de auto langs een aantal praktijken om binnen de prijzen te vergelijken? Dat is volslagen belachelijk.”

De vraag dient zich op waarom de NMT - uitgesproken voorstander van het experiment met de vrije tarieven - tot deze boodschap kwam. De branchevereniging ontwikkelde zelfs een eigen rekenmodel waarmee leden eenvoudig de oude prijzen naar de nieuwe situatie kunnen omzetten. Persvoorlichter Petra van Zuilen van het NMT reageert tegenover Dental Tribune verbaasd: “Deze signalen zijn nieuw

ting is. Daar kunnen wij in onze communicatie naar de leden niet omheen. Maar het geheel staat haaks op onze onderliggende boodschap over de noodzaak van een praktijkwebsite.”

Ellert Boeke van TriplePro geeft een mogelijke verklaring voor de communicatie van het NMT: “Als grootste brancheorganisatie weet het NMT dat veel leden opzien tegen alle veranderingen die praktijken in korte tijd moeten doorvoeren. Ik neem aan dat zij de druk iets hebben willen verlichten door in dit geval op de letter in plaats van de geest van de wet te wijzen. Maar daarmee bewijzen zij patiënten een slechte dienst.” ■

Colofon

Dental Tribune verschijnt tienmaal per jaar en is een uitgave van Albion Press BV, onder licentie van Dental Tribune International

Hoofredacteur/uitgever
drs. Ben Adriaanse

Redactie
drs. Jan Franke
drs. Emily van Someren

Redactieadres
Redactie Dental Tribune
Postbus 545, 3990 GH Houten
E-mail: redactie@dental-tribune.nl
De Nederlandse editie van Dental Tribune kent een onafhankelijke redactie en richt zich op professionals in de volle breedte van het tandheelkundige vakgebied.



© 2011 Albion Press BV. Redactioneel materiaal van Dental Tribune International, Duitsland, dat is vertaald en in dit nummer is opgenomen, is auteursrechtelijk beschermd door Dental Tribune International GmbH. Alle rechten voorbehouden. Gepubliceerd met toestemming van Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr 29, 04229 Leipzig, Duitsland. Reproductie op welke manier en in welke taal dan ook, gedeeltelijk of volledig, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Dental Tribune International GmbH, is uitdrukkelijk verboden. Dental Tribune is een handelsmerk van Dental Tribune International GmbH.

Aanmelden

De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeenpractici, tandartsen-specialisten, mondhygiënist, orthodontisten, kaakchirurgen, tandtechnici, tandprothetici en diegenen die werkzaam zijn in de dentale industrie) komt in aanmerking voor een kosteloos abonnement. Behoort u tot de doelgroep en ontvangt u het maandblad nog niet? Meld u dan aan via het inschrijfformulier op www.albionpress.nl.

Advertentieverkoop

Harry Velthuis, accountmanager.
Postbus 545, 3990 GH Houten.
Telefoon: 06-531 55 262.
E-mail: velthuis@dental-tribune.nl
Linda Schriekenberg, medewerker mediaorder. Telefoon: 030-63 55 070.
Fax: 030-63 55 069.
E-mail: adverteren@dental-tribune.nl

Groningen start met zij-instroom Tandheelkunde

GRONINGEN - Vanaf september 2012 kent het Universitair Medisch Centrum Groningen naast een zij-instroom Geneeskunde ook een zij-instroom voor de opleiding Tandheelkunde. Dit studieprogramma is voor personen die eerst een andere studie of opleiding hebben gevolgd en daarna verder willen met Tandheelkunde. Er zijn voorlopig twaalf plaatsen beschikbaar in dit programma.

Om voor een plaats in aanmerking te komen, moeten kandidaten een hbo- of wo-bachelor-diploma op zak hebben en natuur- en scheikunde op vwo-niveau hebben gevolgd. Het programma is ontwikkeld omdat de afgelopen jaren is gebleken dat er veel vraag is van bijvoorbeeld stu-

denten Life Sciences of de hbo-opleiding Mondzorgkunde om verder te gaan met een studie Tandheelkunde. Verder biedt dit programma de mogelijkheid het dreigende tekort aan tandartsen in de nabije toekomst te voorkomen.

Het zij-instroomprogramma Tandheelkunde bestaat uit een studie van in totaal vier jaar. Eerst volgen de deelnemers een schakelprogramma van een jaar. Hierin worden zij specifiek voorbereid op de theoretische tandheelkundige kennis en op praktische tandheelkundige vaardigheden. Dan volgt het Masterprogramma Tandheelkunde, dat drie jaar duurt en het reguliere curriculum van de studie Tandheelkunde bevat. (Bron: UMCG/RUG) ■

“Stijging premies tandarts-verzekeringen verdubbeld”

ROTTERDAM - De premies van tandartsverzekeringen stijgen twee keer zo hard als vorig jaar, zo schrijft het AD op basis van een onderzoek van online verzekeringsvergelijker Verzekeringssite.nl. In 2012 stijgen de tandartsverzekeringen met gemiddeld 14%. Ook wie zich niet voor de tandarts verzekert, zal volgend jaar een veel hogere rekening krijgen.

Een rondgang langs verzekeraars leert dat de eenvoudigste tandartspolis van VGZ met 8% gaat stijgen. Bij Zilveren Kruis

gen bepalen welk bedrag ze in rekening brengen voor een controle of een restauratie. Ook signaleren zorgverzekeraars dat er vaker een beroep wordt gedaan op de tandarts.

Het volledige premieverschil tussen de basisverzekering van de grootste zorgverzekeraars is volgend jaar 240 euro. Dat bleek onlangs met het bekend worden van de premie van de vijfde grote zorgverzekeraar CZ. De gemiddelde jaarpremie ligt volgend jaar rond 1284 euro. Dat is bijna 30 euro meer dan die van dit jaar, terwijl het kabinet op Prinsjesdag een verhoging van 11 euro voorspelde. De premies voor de aanvullende verzekeringen gaan meer omhoog dan die van de basisverzekering, hoewel niet alle verzekeraars meer vragen. Gemiddeld worden de premies 10% duurder, wat neerkomt op 45 euro, meldt Verzekeringssite.nl. (Bron: Medical Facts) ■

In 2012 stijgen de tandartsverzekeringen met gemiddeld 14%

is dat tot 10%; De Amersfoortse laat in sommige polissen een stijging van 15% zien. Eén van de mogelijke aanleidingen voor de stijgende premies is dat tandartsen vanaf 1 januari 2012 zelf mo-

MRA-behandeling door tandartsen vrijgesteld van BTW

ROTTERDAM - De Belastingdienst heeft bevestigd dat een MRA-behandeling door tandartsen en tandtechnici is vrijgesteld van BTW.

De Wet op de Omzetbelasting 1968 kent een vrijstelling voor de levering van tandprothesen. Dat is alleen zo als de levering wordt verricht door een tandarts of een tandtechnicus. Het begrip tandprothesen wordt ruim uitgelegd, waardoor ook tandtechnische werken die voor de individuele patiënt op maat worden gemaakt hieronder vallen.

Een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA), onder andere verstrekt aan patiënten die last hebben van slaapapneu, valt onder deze definitie en de levering hiervan door een tandarts of tandtechnicus is daarom vrijgesteld. ■

Award voor prof. dr. Van der Velden

AMSTERDAM - De William J. Gies Award - ter nagedachtenis aan Arthur Hastings Merritt - is dit jaar uitgereikt aan prof. dr. Ubele van der Velden, emeritus hoogleeraar parodontologie en directeur van het postdoctorale parodontologieprogramma van ACTA.

Van der Velden is erelid van de Nederlandse en Britse Vereniging voor Parodontologie en ontving in 2009 de titel Officier in de Orde van Oranje Nassau voor zijn diensten voor het verbeteren van de parodontale gezondheid in Nederland en Europa.

De William J. Gies Award wordt uitgereikt aan wetenschappers die een uitstekende bijdrage leveren op het gebied van de parodontologie. Van der Velden is de huidige voorzitter van het Postgraduate Education Committee van de European Federation of Periodontology. (Bron: ACTA) ■

Ordentall opent grote dentale praktijk in Rotterdam



Interieur van de nieuwe praktijk in Rotterdam

ROTTERDAM - De Ordentall kliniek voor parodontologie en implantologie opende eind oktober officieel de deuren van haar nieuwe locatie aan de Westblaak, in het centrum van Rotterdam. Met deze uitbreiding speelt Ordentall in op de sterk groeiende vraag naar parodontologische en implantologische behandelingen vanuit binnen- én buitenland, zo meldt het bedrijf.

Parodontoloog Alvin Ham geeft samen met zijn vrouw leiding aan de kliniek. Hoe verklaart hij de stijgende vraag? “Wij krijgen veel aanvragen voor parodontologische behandelingen uit de VS, omdat ik als één van de weinige specialisten in Nederland ingeschreven sta bij de American Academy of Periodontology,” vertelde Ham tegen Dental Tribune. “Amerikanen die tijdelijk of permanent in Nederland verblijven, komen op aanraden van hun arts bij ons voor bijvoorbeeld nazorg. Daarnaast zien wij veel Neder-

landse patiënten die in Frankrijk wonen. Als zij hun familie in Nederland bezoeken, komen ze ook langs onze kliniek.”

Op de nieuwe locatie beschikken de bijna 40 medewerkers van Ordentall over meer dan 1500 vierkante meter. Hierin bevinden

zich zestien ruime behandel- en operatiekamers die voldoen aan de (toekomstige) veiligheids- en hygiënerichtlijnen. Ook is een CBCT-scanner op de locatie aanwezig.

Een deel van de kliniek is ingericht voor de opleiding, coaching en begeleiding van collega-specialisten en medewerkers van tandartspraktijken. Onder de naam *Ordentall Institute* moet een kennis- en opleidingscentrum ontstaan dat zich bijvoorbeeld richt op 3D-diagnostiek en beeldvormingstechnieken.

Het bedrijf werd 22 jaar geleden opgericht en heette destijds Ordentall Rotterdam; de naam was sterk verbonden met vestigingsplaats. Waarom heeft de kliniek in de nieuwe naam de koppeling met standplaats Rotterdam losgelaten? “Wij willen een landelijke uitstraling en moesten dus loskomen van het Rotterdamse,” vertelt Ham. “Ook de termen parodontologie en implantologie

Amerikanen komen op aanraden van hun arts bij ons voor nazorg

zijn uit onze naam verdwenen, omdat wij meer bieden dan alleen deze aspecten van de mond- zorg. Wij proberen nu, ook door het gebruik van social media, de pers op te zoeken. Dat zou twee jaar geleden onmogelijk zijn geweest.” ■

Philips stoot endodontische tak Discus alweer af

ANAHEIM, VS - De Amerikaanse fabrikant van endodontische materialen en instrumenten SybronEndo kondigde onlangs aan dat het de endodontische tak van Discus Dental van Philips heeft overgenomen. Dit is opmerkelijk, omdat Philips minder dan een jaar geleden het grote Discus voor - naar verluidt - een forse som overnam en toevoegde aan zijn merk Philips Oral Healthcare.

Eerder deze maand verschenen in diverse landelijke media berichten over de zorgwekkende toestand waarin het Nederlandse conglomeraat zich zou bevinden. Philips wordt al jaren geconfronteerd met teruglopende inkomsten uit zijn verlichtings-

Het is niet bekend of de overname verband houdt met de tegenvallende resultaten van Philips

en televisieproducten. Oorzaken hiervan zijn de toegenomen concurrentie van grote Zuid-Aziatische spelers als Samsung en een afnemende consumentenvraag. Als reactie op de tegenvallende resultaten richtte Philips zich de afgelopen tijd meer op de productie en verkoop van medische en tandheelkundige apparatuur. De recente overname van Discus Dental werd door analisten als onderdeel van deze strategie gezien.

De overname door SybronEndo betreft de gehele productlijn van Discus' irrigatiesystemen, alle producten in de 'Smart Endo'-lijn en de betreffende patenten en licenties. Over de hoogte van de overnamesom en de achterliggende redenen van de overname deden beide bedrijven geen mededelingen. Ook is niet bekend of de overname verband houdt met de tegenvallende resultaten van Philips. ■

Berispingen en geldboetes in BIG-register

Had u daar in maart 2002 niet al een boete voor gekregen?



“Endodontologie is een precisievak”

In gesprek met Walter van Driel en Michaël Smulders, oprichters van CIDE

TEKST EN FOTO'S: BEN ADRIAANSE

Tandarts-endodontoloog Walter van Driel en algemeen practicus Michaël Smulders leerden elkaar in 1991 kennen. Vele jaren en veel ervaring in het geven van nascholing verder besloten zij de handen ineen te slaan voor een bijzonder project: het CIDE, een gloednieuw nascholingscentrum dat unieke mogelijkheden biedt voor actieve participatie van deelnemers. Gezien de achtergrond van met name Van Driel is het niet verrassend dat in het cursusprogramma endodontische kwesties vooralsnog de boventoon voeren. Dental Tribune sprak met de twee tandheelkundige ondernemers over hun visie op nascholing én over actuele kwesties binnen het fascinerende terrein van de endodontologie.

Jullie hebben beiden veel ervaring in het geven van nascholing. Hoe kwamen jullie tot het oprichten van een eigen centrum?

Van Driel: “Onze ervaring in het geven van nascholing heeft ons geleerd dat je pas echt van praktische nascholing kunt spreken als de praktijksituatie wordt bena-

derd én de cursist ook daadwerkelijk iets met zijn handen kan doen. Dat klinkt logisch, maar je komt het bijna nergens tegen. Vaak is de leeromgeving niet ideaal: de nascholing wordt gegeven in een congrescentrum, restaurant of hotel waar dan wel een aantal apparaten wordt aangesloten en instrumentarium aanwezig is, maar het benadert de praktijk bij lange na niet. Bij ons groeide de onvrede toen wij herhaaldelijk dit type cursussen gaven en zagen dat deelnemers een te passieve rol hadden om écht iets op te steken. In Michaël vond ik iemand die vergelijkbare ideeën had als ik en toen we besloten samen iets op te zetten, was CIDE het eindresultaat.”

Het aantal aanbieders van geaccrediteerde tandheelkundige nascholingen is nauwelijks meer te overzien. Waarom zou men juist voor CIDE moeten kiezen?

Van Driel: “Inderdaad kun je als mondzorgprofessional tegenwoordig elke dag wel een cursus volgen als je dat wilt. Het uitgangspunt van CIDE is dat de praktijksituatie zo goed mogelijk

gesimuleerd wordt, zodat deelnemers in hun dagelijkse praktijk maximaal profijt van de cursus hebben. Onze vaste locatie is een tandartspraktijk, waarin allerlei typen instrumenten voorhanden zijn om uit te proberen. Wij

“De nauwkeurige simulering van praktijksituaties is voor Nederland uniek”

oefenen op fantoommodellen of geëxtraheerde gebitselementen, waarbij een zogenaamde ‘ideale situatie’ wordt gecreëerd. Van alle modellen kunnen röntgenfoto's worden gemaakt, zodat het resultaat direct bekeken en beoordeeld kan worden.

“De techniek van de behandelmicroscopie in onze praktijkruimte is gekoppeld aan de cursusruimte boven, waar de cursisten zitten. Vroeger, als een behandeling door de docent werd gedemonstreerd, keek je als cursist over zijn schouder mee.

Dan zag je niets, behalve als je als tandarts assisteerde, maar een tandarts is per definitie een slechte assistent (lacht). Hier kunnen cursisten gewoon boven op een groot scherm zien hoe ik de behandeling uitvoer. Vanaf volgend jaar ga ik op deze manier echte patiënten behandelen. Een patiënt is toch weer anders dan een fantoomhoofd: er gebeuren altijd onverwachte dingen en daar moet je als behandelaar op inspelen. Voor een cursist is het leerzaam om te zien hoe een docent omgaat met die situaties waarin een behandeling tegenzit.”

Smulders: “Onze cursisten gaan in kleine groepen aan de slag met concrete praktische behandelvragen. Ik geloof – in alle bescheidenheid – dat de simulering van praktijksituaties die in ons centrum bereikt wordt, in Nederland uniek is. Hierdoor is het niet vreemd dat vooral voor het praktische gedeelte de motivatie enorm is, al kennen onze cursussen ook een leerzaam theoretisch gedeelte. Je ziet dan dat tandheelkunde toch een ‘doevak’ is.”

Is jullie filosofie ook zichtbaar in het contact met de cursisten?

Smulders: “Onze cursussen zijn door de kleinschalige opzet intensiever. Tijdens onze trainingen is de sfeer vaak die van een familiebijeenkomst. Aan het begin wil men zich weleens wat afzijdig opstellen, maar al snel zie je dat deelnemers zich bloot durven geven en hun kwetsbare punten op tafel leggen. Dat stelt ons in staat om cursisten te trainen op hun zelf naar voren gebrachte leerpunten. Vroeger was het wel eens zo dat je een foto met een tegenvallend behandelresultaat uit schaamte wegstopte. Nu worden deze juist naar voren gebracht om de eigen tekortkomingen te laten zien. Belangrijk daarbij is dat niemand wordt afgerekend op zijn voorkennis, of hij nu al heel ver is, of nog veel te leren heeft.”

“Na afloop gaat de cursus in feite door in de ‘cursisten area’ op onze website. Een soort chatroom, waartoe alleen de docent en de deelnemers toegang heb-

“We moeten cursisten soms van hun behandelunit wegtrekken”

ben. Cursisten kunnen zo ook nadien nog vragen stellen aan medecursisten, of aan de docent. Van deze mogelijkheid wordt dankbaar gebruik gemaakt.”

Ook bij andere aanbieders van tandheelkundige nascholing heb ik praktijkruimtes gezien waarin practica plaatsvinden. Vindt daar geen vergelijkbare training plaats als bij CIDE?

Van Driel: “Bij anderen – je doelt misschien op ACTA – gaat het toch iets anders. Daar vinden de practica in grotere groepen plaats: soms wel veertig, vijftig man, terwijl bij ons twaalf het maximum is. Bovendien heeft bij ons elke cursist een eigen behandelunit en behandelmicroscopie. Ik zeg hier niets ten nadele van bijvoorbeeld ACTA: het is goed dat onze trainingen elkaar aanvullen en dat elke tandarts kan kiezen welk type nascholing hij nodig heeft. Wat dat betreft zie ik ons niet als concurrenten. Op een congres in bijvoorbeeld een hotel gaat het meer om het ‘ruiken aan’, academische verdieping zonder dat de grote groep geïnteresseerden het gevoel krijgt de



Walter van Driel (links) en Michaël Smulders.

> lees verder op pagina 6

Hofmeester heeft 't!

Hofmeester Dental is al ruim 30 jaar betrouwbaar en vakkundig partner van tandartsen, orthodontisten en mondhygiënisten met een zeer uitgebreid ENDO-assortiment.

Deze pagina is een kleine greep uit dit assortiment. Graag nodigen wij u uit op onze website (www.hofmeester.nl) of maken wij een afspraak om u uitgebreid te laten informeren door één van onze specialisten.

MEISINGER MEITRAC I-II-III

Meitrac I:

Verwijderen van afgebroken wortelkanaal instrumenten.

Meitrac II:

Verwijderen van 'root-filling pins' en 'silver points'.

Meitrac III:

Verwijderen van 'root-post' fragmenten uit het wortelkanaal.



Universal Post Remover

De Universal Post Remover is de opvolger van de Gonon post remover en is speciaal ontworpen voor het verwijderen van posts (geheel of gebroken) in het kanaal. De kit en onderdelen zijn van roestvrij staal.



Thomas ENDO cart

Efficiënte ENDO:
ENDO CART 'all in 1' of 'compact' van Thomas

- Modulair op te bouwen.
- Geschikt voor reciproc en wave one.
- Optioneel steriele irrigatie op ultrasoon én hoekstukken.
- Geïntegreerd voetpedaal.



Metalift Crown and Bridge Removal System

De Metalift Crown and Bridge Removal System (CBRS) is een precisie systeem voor het verwijderen van inlays, onlays, kronen, prothesen en bruggen.



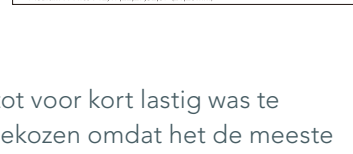
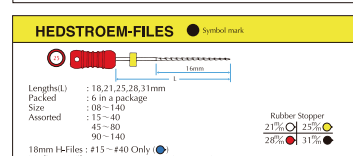
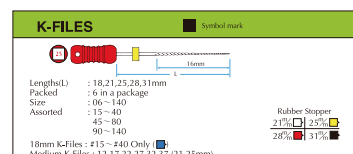
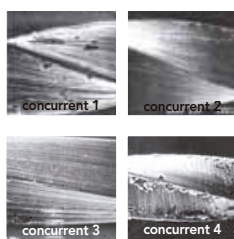
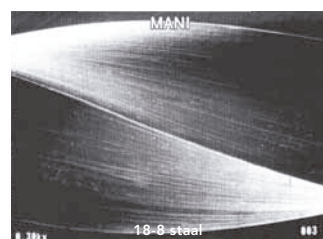
B&L Superendo Alpha Starter Kit

Draadloos met een betrouwbare, bewezen accu. Met 3 pluggers (06, 08, 10).



B&L Superendo Beta Starter Kit

Draadloos backfilling.



MANI

MANI maakt gebruik van 18-8 roestvrij staal wat tot voor kort lastig was te produceren. Voor 18-8 roestvrij staal is speciaal gekozen omdat het de meeste weerstand biedt tegen roestvorming en het is zeer flexibel.

VDW Silver Reciproc Endomotor

Heeft een grote flexibiliteit dankzij individuele torque en toerental keuze voor alle NiTi systemen, voorprogrammeerde torque en toerental-instellingen voor Mtwo en FlexMaster, automatische contrarotatie, akoestische waarschuwingssignalen, de VDW Silver kan draadloos werken dankzij de batterij en wordt geleverd inclusief hoogwaardig Sirona 6:1 hoekstuk.



gepresenteerde methode direct en goed in de vingers te hebben. Bij ons is dat laatste juist het hoofddoel.”

Kunnen we CIDE al met al *high-end-nascholing* noemen?

Smulders: “Dat denk ik wel. Als je naar de hardware kijkt die er staat, en naar onze benadering met zijn unieke nabootsing van de praktijksituatie, de individuele aandacht voor de cursisten...”

Deze kenmerken vertalen zich vast ook naar een *high-end-prijs*.

Van Driel: “Dat is op dit moment niet het geval. De prijzen die wij hanteren zijn vergelijkbaar met die van de belangrijkste andere aanbieders. Als je de richtlijnen bekijkt voor de uursprijzen van onderwijs, dan zitten wij ongeveer in het midden, terwijl wij veel minder deelnemers per cursus hanteren. We zullen op lange termijn misschien duurder moeten worden; wat dat betreft bevinden wij ons nog in de verkenningfase.”

Smulders: “In onze omgeving waren velen sceptisch over het opstarten van een cursuscen-trum. We hebben toch besloten om eraan te beginnen en de formule blijkt aan te slaan. Onze contacten in de dentale wereld hebben ons sponsoren opgeleverd die onze visie delen en met ons meedenken, al willen wij met nadruk een onafhankelijk centrum blijven.”

Wat voor publiek trekken jullie nascholingen?

Smulders: “De deelnemers zijn overwegend algemeen practici, maar wij hebben ook een aantal endodontologen en kaakchirurgen op het CIDE gehad. Het aantal mannelijke en vrouwelijke cursisten is min of meer in evenwicht. Opvallend is dat we veel tandartsen van onder de dertig over de vloer krijgen. Ook voor hen is een ‘praktijkles’ blijkaar toch, of misschien wel juist, nuttig.”

Van Driel: “Tot nu toe zien we dat onze nascholingsvorm gemotiveerde tandartsen trekt, die een

Smulders: “Natuurlijk kun je ook in je eigen praktijk oefenen, bijvoorbeeld op een geëxtraheerd element. Maar dat komt er bijna nooit van. Het is saai en bovendien heb je geen klankbord, niemand om mee te overleggen, terwijl juist dat zo leerzaam is.”

Wat vinden jullie van het kennisniveau van de deelnemers aan jullie cursussen? Valt dat mee of tegen?

Van Driel: “In het algemeen vind ik dat de cursisten veel weten en kunnen. Bij een breder publiek is het onderliggende verschil vaak aanmerkelijk, wat voor docent en deelnemers storend kan zijn. Hier heb je dat probleem niet. Ik denk dat daarnaast zelfselectie een rol speelt. Het is nu eenmaal ‘veiliger’ om naar een bijeenkomst in de RAI te gaan waar 1100 mensen zitten. Lekker anoniem. Hier kun je je niet verbergen en moet je wel je eigen leerpunten op tafel leggen. Dat kan confronterend zijn, maar is een goede manier om je eigen zwakten eens serieus aan te pakken.”

Smulders: “Het valt me telkens op hoe snel ook de niet-gebruikers zich de behandelmicroscop eigen maken. Na er twintig minuten mee te hebben gewerkt, is het alsof ze nooit anders gedaan hebben. Ook daaruit blijkt dat we goede en leergierige cursisten krijgen.”

Het is niet alleen vanuit jullie eigen achtergrond te verklaren dat endodontische kwesties vooralsnog het cursusaanbod van CIDE bepalen. Endodontologie trekt nu eenmaal volle zalen. Waarom is dat?

Van Driel: “Endo wordt over het algemeen moeilijk gevonden. Dat heeft met een bepaalde frustratie te maken. Een wortelkanaalbehandeling vraagt speciale aandacht en kost veel tijd. Vergelijk het maar met een routinematige composietrestauratie. Die geeft veel energie, want de behandeling is snel klaar en je kunt de patiënt een mooi resultaat tonen. Een wortelkanaalbehandeling



Michaël Smulders discuteert met een cursist tijdens een training van CIDE. Een andere cursist kijkt toe. (foto eigendom van CIDE)

associeerd zijn met pathologie rondom de wortel. Meer dan de helft van deze gevallen is terug te voeren op technische mankementen. Dat geeft wel te denken.”

De opvatting dat endodontologie lastig is, is blijkaar gegrond. Zou er meer aandacht voor moeten komen in de opleiding?

Smulders: “Toen ik 25 jaar geleden tandheelkunde studeerde, vond ik endodontologie ‘moeilijk’. Ook nu nog hoor ik van pas afgestudeerde tandartsen dat ze liever geen wortelkanaalbehandelingen doen, omdat ze daar geen affiniteit mee hebben. Als ik kijk naar de rust en de overzichtelijkheid waarmee dit onderwerp vandaag de dag door docenten wordt behandeld, dan denk ik: zo zou je het moeten aanleren.”

Van Driel: “Hoewel ik daar niet objectief in kan zijn (Van Driel was jarenlang betrokken bij de opleiding tandheelkunde in Amsterdam, red.), is het onderwijs op endogebied in mijn ogen altijd van een prima niveau geweest. Wat tijd en aandacht betreft heeft endodontologie een royaal aandeel in de opleiding.”

Hebben de reserves van veel tandartsen ten opzichte van de endodontische behandeling tot gevolg dat zij geneigd zijn deze te mijden, waar deze misschien wel geïndiceerd is?

Van Driel: “Ongetwijfeld zal dat voorkomen, al moet je natuurlijk van de integriteit van de tandarts uitgaan. Je kunt tandartsen niet verwijten dat zij soms door een andere bril een diagnose stellen en een behandeling kiezen. Als endodontoloog ben ik bij patiënt A bijvoorbeeld geneigd voor een endodontische herbehandeling te kiezen, terwijl een tandarts-implantoloog een extractie zou adviseren. Het is dan belangrijk dat je een realistische afweging maakt en de verschillende behandelopties aan de patiënt voorlegt. Als endodontoloog zal ik vaker dan een implantoloog beweren dat de eigen wortel ‘het beste implantaat is dat er bestaat’, zoals je weleens hoort. Overigens is voor

beide visies iets te zeggen.

“Het dient ook gezegd dat door de nieuwe materialen en methoden een wortelkanaalbehandeling tegenwoordig een stuk comfortabeler uit te voeren is, zowel voor de tandarts als voor de patiënt.”

Ik werk nooit meer zonder vergroting

ent. Het is een veel vriendelijker behandeling geworden. Verder is door de standaardisering van de materialen de ruimte voor fouten veel kleiner.”

Als cursusdocenten zullen jullie als geen ander zicht hebben op wat er vaak misgaat bij endodontische behandelingen. Kunnen jullie enkele voorbeelden noemen?

Van Driel: “Het gaat dan om behandelingen die in de algemene praktijk thuishoren. Allereerst het indiceren, en dan het prepareren, reinigen en vullen van wortelkanalen. De grootste valkuil is onvoldoende voorbereiding. Als in een vroeg stadium fouten worden gemaakt, staat dit het welslagen van de rest van de behandeling enorm in de weg.

“Wat bijna altijd voorkomt is lengteverlies. Alle ‘mishaps’, tot het perforeren van wortels aan toe, zijn naar mijn mening op lengteverlies terug te voeren. Het wortelkanaal dient over een bepaalde lengte te worden opengemaakt, om het volledig te kunnen reinigen. Als je dit in een vroeg stadium al verstopt, kunnen allerlei andere fouten ontstaan: het breken van instrumenten, of het strekken van kromme wortelkanalen, waardoor valse openingen aan de zijkant van de wortel gemaakt worden. Soms zijn deze fouten zo ernstig dat de wortel verloren gaat. Het instrument loopt in veel gevallen te vroeg aan. De laatste drie millimeter

om bij het eindpunt te komen zijn erg moeilijk, maar tijdens onze cursussen raken deelnemers vaak toch overtuigd dat ze er kunnen komen. Tegenwoordig hebben we ook de beschikking over goede concepten én instrumenten om voor een goede voorbereiding te zorgen.”

De toepassing van de behandelmicroscop is in het cursusaanbod van CIDE de rode draad. Is de toegevoegde waarde van dit hulpmiddel daarvoor groot genoeg?

Van Driel: “Jazeker. Materialen en instrumenten zijn tegenwoordig zo ver ontwikkeld dat zij de precisie van het blote oog overstijgen. Je hebt daarom een behandelmicroscop nodig om hun volle potentie te benutten. In het begin werd er wat lacherig over gedaan, maar net als de röntgenbuis een paar decennia geleden zal ook de behandelmicroscop in tandartspraktijken gemeengoed worden.”

Smulders: “Je ziet het ook met verenigingen die ontstaan op het gebied van ‘microscope dentistry’, of met de term minimaal invasieve tandheelkunde, die veel meer van toepassing is als je een behandelmicroscop gebruikt. Het is wel iets wat je moet leren; dat doe je niet tijdens de opleiding en je kunt er ook niet direct mee aan de slag.

“De behandelmicroscop levert niet alleen meer precisie, maar is ook op ergonomisch vlak een vooruitgang. Bovendien vind ik het een plezier om ermee te werken, wat ik trouwens van alle tandartsen hoor die de microscop gebruiken.”

En dat terwijl de behandelmicroscop vooral bij endodontische behandelingen meerwaarde biedt.

Smulders: “Dat is een hardnekkig misverstand. De microscop is juist heel breed inzetbaar en bij veel behandelingen van meerwaarde. Wij hebben daar een speciale cursus voor: *Het gebruik van de behandelmicroscop in de algemene praktijk*. Diagnostiek,

Het is jammer dat tandartsen op dit moment veel dingen moeten en daardoor minder investeren op basis van bevoegdheid

stap willen zetten in een bepaald deelgebied van hun werk. Vaak hebben ze concrete behandelvragen waarmee ze aan de slag willen; dat is bij ons ook mogelijk door de individuele aandacht.

“Je vindt hier niet het type cursist dat vooral komt om de benodigde KRT-punten op te halen. Hier moeten we cursisten soms van hun behandelunit wegtrekken als het pauze is. De dag vliegt werkelijk voorbij. Sommige tandartsen komen vaker naar onze nascholingen, wel drie of vier keer. Vergelijk het met een goede tennisser: die weet weliswaar hoe het spelletje werkt en hoe hij de bal moet slaan, maar hij moet ook blijven trainen, juist op datgene waarin hij zich nog kan verbeteren.”

kan echt tegenzitten. Stel, je bent er een uur mee bezig geweest en de patiënt blijft maar pijn houden. Daar word je niet vrolijk van.”

Smulders: “Als tandarts ervaar je tijdens een wortelkanaalbehandeling minder visuele controle. Je kunt wel meten wat er in het kanaal gebeurt, maar je ziet het vaak niet. Een ander probleem is dat je het resultaat niet met de patiënt kunt delen. Van een zwart-wit-röntgenfoto wordt geen patiënt enthousiast, in tegenstelling tot een mooi geplaatste kroon. Je werkt twee uur aan een wortelkanaalbehandeling en de patiënt kan alleen maar zeggen dat het wel erg lang duurde.”

Van Driel: “Uit onderzoek is gebleken dat gebitselementen met een wortelkanaalvulling vaak ge-

het afwerken van vullingen en nauwkeurige tandsteenverwijdering zijn voorbeelden van behandelstappen die vaak veel beter verlopen met een behandelmicroscop. Verder is het makkelijk dat, als je de microscoop koppelt aan een videosysteem, je direct een intraorale camera hebt. Een uitstekend middel voor beeldvorming, documentatie en overleg met de patiënt. In mijn algemene praktijk gebruik ik de microscoop voor driekwart van de behandelingen. Bij de overige behandelingen gebruik ik een loepbril. Ik werk dus nooit meer zonder vergroting.”

Van Driel: “Tandartsen, waaronder ikzelf, geven aan dat ze met de behandelmicroscop veel vriendelijker met hun instrumenten omgaan. Je bewegingen worden meer gedoseerd en je hoeft minder gezond weefsel op te offeren om iets zichtbaar te maken. Een goede weg dus naar minimaal invasieve tandheelkunde.”

Toch is de behandelmicroscop nog niet in veel Nederlandse tandartspraktijken te vinden. Licht dat aan de aanschafkosten?

Van Driel: “Nee, ik denk niet dat de prijs van de behandelmicroscop voor de gemiddelde tandarts een factor is. De tandarts ziet er gewoon tegenop. Het is immers niet zo dat je het apparaat plaatst en er dan klaar voor bent. Je moet bereid zijn je routine te doorbreken en accepteren dat je het eerste halfjaar minder productief zult zijn. Niet alleen jij moet ermee leren werken, ook het assisteren verloopt anders: je moet instrumenten bijvoorbeeld anders aangeven en in het werkveld brengen. Dat kost allemaal tijd en tijd is natuurlijk geld. Dat is het kostbare, niet het apparaat. Juist nu het hoofd overloopt van

“Je moet bereid zijn je routine te doorbreken en accepteren dat je het eerste halfjaar minder productief zult zijn”

de vrije prijsvorming en infectiepreventie is men wellicht geneigd deze tijdsinvestering ‘even te laten zitten’.”

Smulders: “Nederland loopt zeker niet achter als het om de ingebruikname van de behandelmicroscop gaat. Dat heeft er deels mee te maken dat je een toeslag mag berekenen bij endodontische behandelingen, waarmee Nederland vrij vooruitstrevend is. Aan de andere kant, als je ons land vergelijkt met Zwitserland, waar veel meer tandartsen met een behandelmicroscop werken, dan hebben we nog een lange weg te gaan.”

Van Driel: “Bij CIDE zien we veel cursisten die net een microscoop hebben gekocht en zich erin willen bekwalen. Of ze willen er eens kennis mee maken, voordat ze eventueel tot aanschaf overgaan. In het laatste geval is men vaak laaiend enthousiast en merken we na een tweedaagse

cursus dat er voor de deelnemer al geen weg meer terug is.” (lacht)

U refereerde er net aan dat het mondzorgvak zijn gedachten momenteel bij twee zaken heeft: vrije prijzen en infectiepreventie. Heeft CIDE daar, met haar tandheelkundig-inhoudelijke cursus-aanbod, last van?

Van Driel: “Dat zou goed kunnen. De fabrikanten hebben een paar goede jaren achter de rug, maar dat komt vooral door de enigszins

dwingende aandacht rond infectiepreventie die nog steeds voortduurt.”

Smulders: “Inderdaad zie je dat men nu met zijn gedachten én investeringen elders is. Je kunt je geld maar één keer uitgeven en als je moet investeren in hygiëne, heeft dat directe gevolgen voor de rest. Het is jammer dat tandartsen op dit moment veel verplichtingen hebben, zoveel dingen moeten, en daardoor minder investeren op basis van bevoegen-

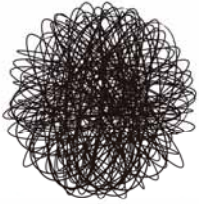
heid. Op dit moment gaat het helaas minder over de inhoud. Het wordt tijd dat we ons weer kunnen richten op wat ons vak zo mooi maakt.”

Wat zijn interessante nieuwe ontwikkelingen in de endodologie die in jullie cursussen aan de orde komen?

Van Driel: “Wat nieuwe ontwikkelingen betreft richten we ons op de behandelmicroscop en het moderne instrumentarium voor

het prepareren, in het bijzonder het reinigen, en dan nog het afsluiten van de wortelkanalen. Vooruitlopen op futuristische zaken als regeneratietechnieken en stamceltherapie, daar beginnen wij nog niet aan, daarvoor is het te vroeg. Waar wij op blijven hameren is dat endodologie een precisievak is, net als kroon- en brugwerk. En dat bij een goede indicatie en een vlekkeloze uitvoering de kans op slagen zeer hoog is.” ■

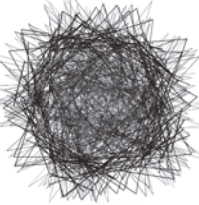




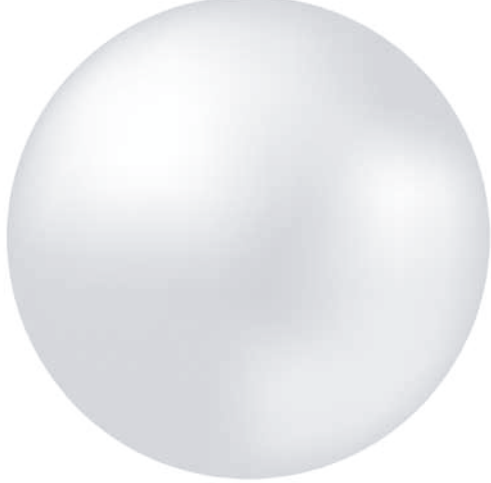
Complex



Breekbaar



Gecontamineerd



wave•one™



+ WE KNOW ENDO.

Eenvoud is de echte innovatie

- In de meeste gevallen slechts één NiTi instrument per wortelkanaal
- Vermindert de totale vormgevingstijd met 40 %
- Reduceert het risico van schroeven en vijlbreuk*
- Flexibiliteit en grotere resistentie tegen cyclische vermoeidheid, de hoofdoorzaak van vijlbreuk
- Respecteert de wortelkanaalanatomie
- Eenmalig gebruik als nieuwe verzorgingsstandaard

*In vergelijking met leidinggevende merken

Pijn tijdens de wortelkanaalbehandeling

Dit is een fragment uit het boek *Endodontische spoedgevallen. Diagnostiek en behandeling van pijnklachten in de tandartspraktijk* (Prelum Uitgevers, 2010). Auteur: prof. dr. Edgar Schäfer. Nederlandse redactie: dr. Luc van der Sluis.

Bij een wortelkanaalbehandeling die uit meerdere sessies bestaat, houdt de pijn bij ruim 90% van de patiënten niet langer aan dan twee dagen.¹⁵ Slechts ongeveer 3% tot 7% van alle patiënten heeft hevige postoperatieve pijn. Pijn tijdens een wortelkanaalbehandeling kan de volgende oorzaken hebben:^{8,15,31}

- 1 iatrogene irritaties van het parodontium;
- 2 rest-pulpitis, veroorzaakt door onvolledige extirpatie of een niet opgemerkt en dus niet behandeld wortelkanaal;
- 3 acute exacerbatie;
- 4 behandeling van het verkeerde gebitselement.

Voor een adequate spoedbehandeling van deze mogelijke oorzaken zijn de volgende aspecten van belang.

AD 1. IATROGENE IRRITATIES

Het apicale parodontium kan tijdens een wortelkanaalbehandeling

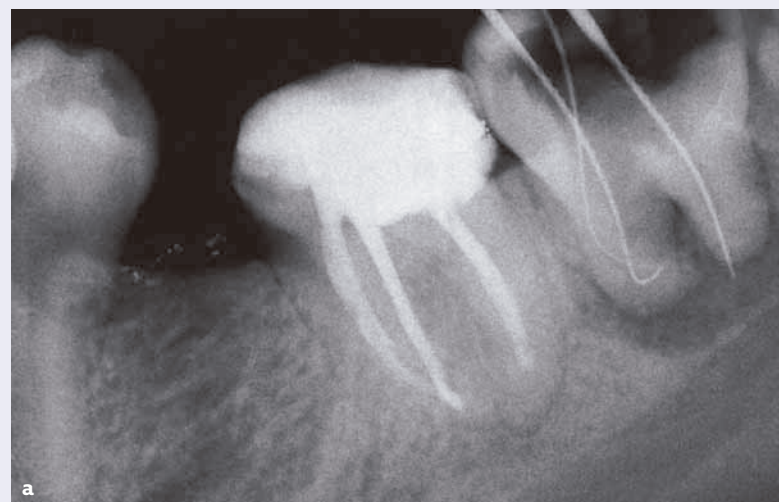
deling geïrriteerd raken door verschillende oorzaken: mechanisch (geïstrumenteerd voorbij de wortelpunt, perforatie, te hoge provisorische afsluiting), chemisch (doorpersen van spoelvloeistof of geneesmiddel) of door micro-organismen (onvolledige excavatie van cariës, verplaatsing van debris met bacteriën in het periapicale weefsel).

De meest voorkomende oorzaak van mechanische irritatie van het periapicale weefsel is ongetwijfeld het doorschieten van een wortelkanaalinstrument voorbij de apex (afbeelding 8-1). Om dat te voorkomen is het nodig de werklengte heel zorgvuldig te bepalen. Bij een spoedbehandeling gebeurt dat bij voorkeur met behulp van endodontische meetinstrumenten (zie hoofdstuk 6). Bij onduidelijke diagnoses of overduidelijk foute metingen dient ook een röntgenfoto gemaakt te worden om de endodontische werklengte te bepalen (afbeelding 8-2). Ook dan is het al zaak erop te letten het instrument niet voorbij de apex tot in het periapicale weefsel te plaatsen. De zogenaamde veiligheidsmarges zijn om die reden geen hulpmiddel meer en gedateerd. Is het instrument toch door het foramen geplaatst, dan blijkt dat klinisch meestal door een bloeding uit het wortelkanaal. Ook heeft de patiënt in dat geval pijn zodra de tandarts het instrument op werklengte in het kanaal plaatst.

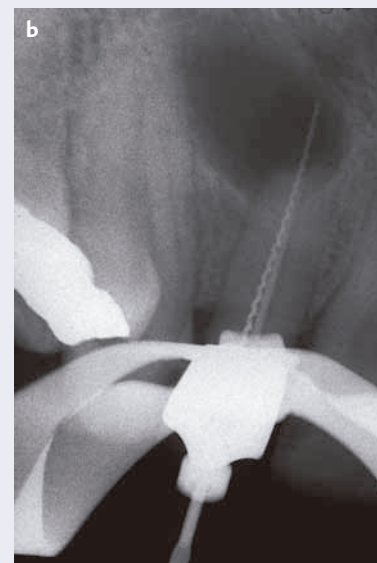
Als de patiënt na een uitgevoerde wortelkanaalpreparatie terugkomt met acute pijn, is het relatief eenvoudig de gekozen werklengte te controleren. Dat gaat het beste met behulp van een paperpoint. Verwijder eerst voorzichtig het geneesmiddel en schuif daarna de paperpoint in het wortelkanaal. Op de paperpoint is de werklengte gemarkeerd. Als een roodbruine verkleuring aan de punt van de paperpoint is te zien, is vermoedelijk een instrument voorbij de wortelpunt geschoten. Bepaal dan opnieuw de werklengte en stel hem eventueel bij. Als compromisbehandeling kan de pijn als gevolg van het doorschieten van een instrument worden bestreden in het periapicale weefsel, door een beetje Ledermix (zie Materialenlijst, pagina 207-208) op het aangetaste periapicale weefsel aan te brengen met behulp van een paperpoint (afbeelding 8-3).^{14,15} De paperpoint mag nooit in het wortelkanaal achterblijven. Sluit vervolgens de toegangscaviteit dicht af en slijp het gebitselement, zo nodig, buiten occlusie. Na ongeveer drie tot vijf dagen kan de behandeling dan worden voortgezet.

Wortelperforaties (afbeelding 8-4) zijn eveneens te diagnosticeren met behulp van paperpoints en endodontische meetinstrumenten. Een laterale perforatie van het wortelkanaal komt meestal voor als de preparatie in het middelste derde deel van het wortelkanaal te conisch geworden is. Ook geforceerd gebruik van bijvoorbeeld een Gates Gliden drill kan een dergelijke perforatie veroorzaken. Een handige diagnostische methode is het herhaaldelijk invoeren van een paperpoint in het wortelkanaal. Bij een perforatie zitten er bloedsporen op het droge papier: altijd in het middelste gedeelte en slechts aan een kant. De spoedbehandeling van dergelijke perforaties is onbevredigend. Be-

reductie van het aantal occlusale eenheden na een wortelkanaalbehandeling kan zinvol zijn om postoperatieve pijn te voorkomen. Dit is het geval bij gebitselementen met voorheen vitale pulpa, percussiegevoelige gebitselementen, gebitselementen die eerder hevige pijn veroorzaakten en gebitselementen met een periradiculaire radiolucentie.²¹



Afbeelding 8-1 Mechanische irritatie van het periapicale weefsel vanwege het doorschieten van een vijl voorbij de wortelpunt. (a) Op de röntgenfoto is een periradiculaire laesie te zien bij de distale wortel. Bij de röntgenopname is een vijl doorgeschooten. (b) Op de röntgenfoto is duidelijk te zien dat de vijl ver voorbij het foramen apicale is doorgeschooten in het periradiculaire weefsel.



Afbeelding 8-2 Tijdens de spoedbehandeling wordt de werklengte bepaald met behulp van endodontische meetinstrumenten. Daarna volgt nog een controle van de werklengten in de tweede behandelsessie aan de hand van een röntgenfoto. (a) De röntgenfoto van de hoofdstift bevestigt de werklengten die met behulp van endodontische meetapparatuur zijn bepaald. (b) Ook de controlefoto's direct na de wortelkanaalvulling bevestigen de werklengten die bij de spoedbehandeling zijn vastgelegd.



Afbeelding 8-3 Ledermix-pasta op een paperpoint. De pasta wordt met behulp van de paperpoint aangebracht op het periapicale weefsel.

Inspired by:

Emerald lakes, New Zealand

V3-Ring Sectioneel Matrix Systeem

Klasse II restauratie eenvoudig gemaakt!

Met behulp van de V-Ring/V3-ring is het creëren van een goed approximaal contactpunt bij bijv. Klasse II restauraties, weer een stuk eenvoudiger én het resultaat nog beter. De V3-Ring is er in twee maten: **Universal**, voor gebruik bij molaren en premolaren, **Narrow** voor gebruik bij premolaren en het kindergebit. Zowel de V-Ring als de V3-Ring zijn van nikkel-titanium, een superelastisch metaal dat zijn oorspronkelijke vorm weer aanneemt.

De ring dient verschillende doeleinden:

- hij houdt de wig op zijn plaats,
- klemt krachtig tegen de matrixband,
- en scheidt de gebitselementen

met als resultaat: perfecte contactpunten!

V3-RING V3-RING N V-RING

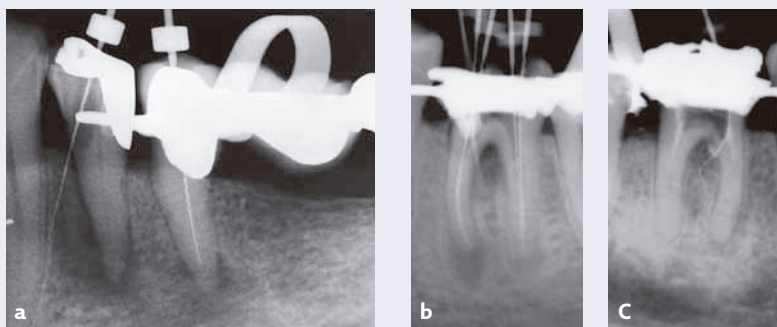
V3-MATRIX WEDGES WEDGE-GUARD

Matri
DENTAL

www.matrix-dental.com

Nu bij aankoop van 4 V-3 ringen 1 gratis V-3 ring extra!
Kijk voor de voorwaarden op de website

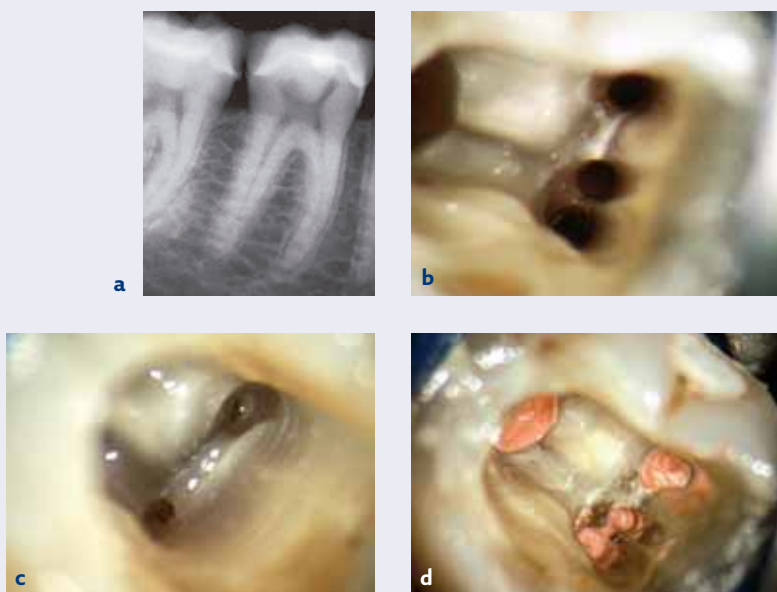
Matrix-Dental klanten service | info@matrix-dental.com | +31 10 4163193



Afbeelding 8-4 Perforaties. (a) Elders behandelde gebitselementen 34 en 35. Bij gebitselement 34 is blijkbaar geen rekening gehouden met de lengtes van de wortel. De wortel is naar mesiaal geperforeerd. (b) Perforatie van de mesiale wortel in de bifurcatie van gebitselement 36 (collectie dr. Tulus, Viersen). (c) Tijdens de restauratie van gebitselement 46 wordt de mesiale wortel in de bifurcatie geperforeerd (collectie dr. Tulus, Viersen). (d) Klinisch beeld van de in afbeelding 8-4c weergegeven situatie. De perforatieplek is duidelijk te zien (collectie dr. Tulus, Viersen).



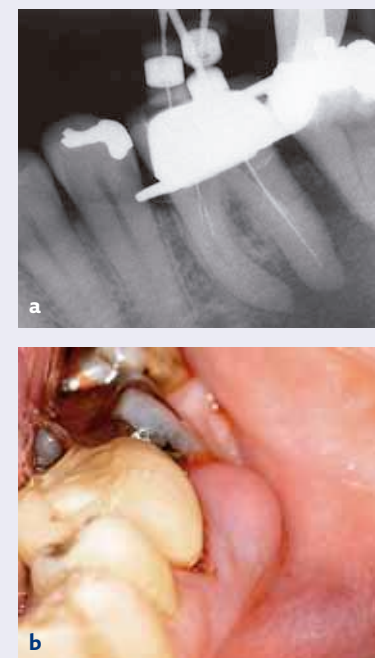
Afbeelding 8-5 Grote perforatie in de furcatie van een elders behandeld gebitselement (collectie dr. Tulus, Viersen).



Afbeelding 8-6 Ontdekt wortelkanaal als oorzaak van persisterende pijn (collectie dr. Tulus, Viersen): (a) Röntgenfoto voor het stellen van de diagnose voor gebitselement 46. (b) Ondanks volledige chemo-mechanische reiniging van de vier wortelkanalen bleef de patiënte klagen over hevige pijn. (c) Met een operatiemicroscop werd mesiaal een derde wortelkanaal ontdekt, dat vervolgens werd behandeld. (d) Een week later had de patiënte geen klachten meer en konden alle vijf de wortelkanalen worden gevuld.



Afbeelding 8-7 De kleurstof Canal blue, (zie Materialenlijst, pagina 207-208) als hulpmiddel voor het lokaliseren van wortelkanaalingangen.



Afbeelding 8-8 Klinisch voorbeeld van een acute exacerbatie. (a) In gebitselement 36 was sprake van een pijnloze parodontitis apicalis. Tijdens de eerste behandelsessie werd een orthograde herbehandeling van de onvolledige wortelkanaalvullingen uitgevoerd. Op de röntgenfoto was duidelijk te zien dat alleen in het distale wortelkanaal toegang kon worden gekregen tot het apicale gedeelte van het kanaal. (b) Klinische situatie vijf dagen na verwijdering van de oude wortelkanaalvulling en behandeling van alle wortelkanalen. Uitgaande van het distale wortelkanaalstelsel had zich een acute exacerbatie van een abces ontwikkeld.

halve chirurgische maatregelen zijn er nauwelijks goede alternatieven. Bovendien moet rekening worden gehouden met perforaties in de bodem van de pulpakamer als mogelijke oorzaak van acute klachten, vooral als er eerder in een andere praktijk al eens een endodontische behandeling is uitgevoerd (afbeelding 8-5).

Occlusiestoornissen kunnen ook postoperatieve pijn veroorzaken door overbelasting van het parodontale weefsel.¹⁵ Het gebitselement is dan percussiegevoelig. Daarom dienen provisorische en definitieve afsluitingen te worden gecontroleerd op eventuele occlusale interferenties. Zo nodig moet het gebitselement worden bijgeslepen.^{2,15,31}

Pijn ten gevolge van het doorperzen van spoelvloeistoffen doet zich vaak al voor tijdens de behandelsessie. Deze pijn treedt namelijk heel plotseling op en heeft opvallende symptomen (zie hoofdstuk 9). Zolang biocompatibele geneesmiddelen in het wortelkanaal worden aangebracht, lijkt er geen correlatie te bestaan tussen de incidentie van flare-ups en het gebruikte geneesmiddel.²⁶

Tijdens een wortelkanaalpreparatie komt vrijwel altijd inhoud uit het wortelkanaal in het periapicale weefsel terecht.¹⁰ Als deze inhoud geïnfecteerd is, kan die een flare-up veroorzaken.²³ Om dit effect zo klein mogelijk te houden, moet het wortelkanaalstelsel bij het prepareren altijd goed gespoeld worden (zie hoofdstuk 9).^{6,22}

Het invoeren van instrumenten in een droog wortelkanaal dient te worden vermeden. Meestal is het opnieuw mechanisch behandelen van alle wortelkanalen en een grondige spoeling met veel natriumhypochloriet voldoende voor een snelle en betrouwbare behandeling van de pijn van een apicale extrusie.^{2,8}

Endodontische spoedgevallen



Diagnostiek en behandeling van pijnklachten in de tandartspraktijk

Auteur: dr. E. Schäfer
Nederlandse redactie: dr. L. van der Sluis
Uitgever: Prelum Uitgevers
ISBN: 978 90 8562 063 1
Uitvoering: gebonden
Omvang: 213 pagina's
Prijs: € 79,50

In de meeste gevallen van pijn met een endodontische oorzaak heeft de patiënt hevige pijn en is sprake van echt lijden. De patiënt verwacht dat u de pijn op de korte termijn, maar ook op betrouwbare en efficiënte wijze zal wegnemen. In de dagelijkse praktijk geeft dat soms problemen, bijvoorbeeld omdat patiënten met pijnklachten meestal zonder afspraak verschijnen. Bovendien kan het even duren voordat de juiste diagnose is gesteld en het pijnlijke gebitselement is gelokaliseerd. Deze problematiek mag een zorgvuldige diagnose of adequate pijnbehandeling niet in de weg staan.

Dit boek biedt inzicht en praktische handvatten bij een van de belangrijkste taken in de tandartspraktijk, de behandeling van endodontische spoedgevallen. Het is bedoeld voor tandartsen algemeen practici, maar ook voor endodontologen (al dan niet in opleiding) en is rijk geïllustreerd met circa 200 full color afbeeldingen en 120 röntgenfoto's.

“Het boek ‘Endodontische spoedgevallen’ is vooral heel praktisch. De kennis is direct toepasbaar. Het verhaal wordt ondersteund met klinische foto's, röntgenopnamen en diagrammen. Het boek is van harte aan te bevelen voor iedereen die ook maar iets te maken heeft met pijn en tandheelkunde.” – NTVT

“Een welkome aanvulling op de bestaande endodontische literatuur.” – NT