Dental Tribune

The World's Dental Newspaper • Netherlands Edition

Tandarts Assistentie

a b c

De nieuwe standaard voor het opleiden van tandartsassistenten, preventieassistenten en paro-assistenten.

Kijk snel op: www.edin.nl/abc

edin dental academy

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL JAARGANG 10 - NUMMER 9 - NOVEMBER 2020

Column Richard Mastwijk
Niet knellen of wurgen bij praktijkovername
Pagina 4

Webinar anesthesie
Anatomisch inzicht is de sleutel
Pagina 4-5

Leermeester-gezel
Oude rot Peter Keizer en jonge hond Paul de Kok
Pagina 10-11



Stemming
Is de coronatoeslag terecht?
Pagina 13

Klinisch
Preventie is een kwestie van volhouden
Pagina 14-15

Cultuur
Antropoloog Cor Hoffer over de sensitieve snaar
Pagina 16



Tandarts Edith Groenendijk: “Bij implantologie wil je geen terug-trekkend tandvlees”

Pagina 6-8

Kankeronderzoekers ontdekken nieuwe speekselklier

AMSTERDAM Onderzoekers van het Antoni van Leeuwenhoek hebben een nieuwe locatie van de speekselklieren ontdekt. Dat blijkt uit onderzoek gepubliceerd in *Radiotherapy & Oncology*. Voor patiënten met een tumor in het hoofd-halsgebied is dit mogelijk goed nieuws, omdat bestralingsartsen die plek vanaf nu kunnen ontzien om zo mogelijke bijwerkingen te voorkomen.

In het Nederlands Kanker Instituut, het onderzoeksinstituut van het Antoni van Leeuwenhoek, deden radiotherapeut Wouter Vogel en mka-chirurg Matthijs Valstar onderzoek naar onder meer de bijwerkingen van straling op hoofd en hals. Ze bestudeerden scans waarop de speekselklieren met een markeerstof zichtbaar waren gemaakt, om die bij behandelingen te kunnen ontzien. Op deze scans lichtten achter in de neuskeelholte onverwachts twee grote plekken op, die eruitzagen als speekselklieren. “Mensen hebben drie paar grote speekselklieren, maar niet daar,” vertelt Vogel. “In de neuskeelholte zitten voor zover bekend alleen tot ongeveer 1000 microscopisch kleine speekselkliertjes gelijkmatig verspreid door de slijmvliezen.”

Nieuwe klieren

Alle honderd mensen van wie Vogel en Valstar scans bestudeerden, bleken die klieren te hebben, ontdekten ze samen met collega’s van het UMC Utrecht. Deze patiënten hadden vanwege hun prostaatkanker een nieuw soort scan gekregen: een PSMA PET/CT-scan. Speekselklieren zijn daarop toevallig ook goed zichtbaar. Valstar: “Deze twee nieuwe, oplichtende plekken bleken nog meer eigenschappen van speekselklieren te hebben.” Dat za-

Lees verder op pagina 3

FTWV wil onafhankelijk KIMO

UTRECHT Het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) dat klinische richtlijnen voor de mondzorg ontwikkelt, zou een onafhankelijk kwaliteitshuis voor de mondzorg moeten worden. Richtlijnen over klinische beslissingen moeten onafhankelijk van het beroepsbelang worden opgesteld. Als daar ook maar enige twijfel over kan bestaan, schaadt men het imago van de mondzorg. Daarom moet het KIMO als onafhankelijk instituut naast KNMT/ANT en Federatie Tandheelkundig Wetenschappelijke Verenigingen (FTWV) staan. Dat laat de FTWV weten bij monde van voorzitter Sonja Kalf.

Sinds 2016 vormen de KNMT, ANT en FTWV, drie initiatiefnemers van het KIMO, de Algemene Ledenver-

Lees verder op pagina 3

ADVERTENTIE

• Efficiënt
• Ergonomisch
• Compleet

Stern Weber S200 vanaf € 15.999,-

0416 - 675 000
www.arseus-dental.nl

ARSEUS DENTAL
Advies, Aandacht, Attent

ADVERTENTIE

All Dent
dental equipment
inrichting • service • apparatuur

FINNDENT

ACTEON · Carestream · DKL · mectron · FINNDENT · KaVo · MELAG · Miele · NewTom

Ravelijn 15 - 3905 NT - Veenendaal - T. 0318 - 509060 - F. 0318 - 507035 - E. info@alldent.nl - www.alldent.nl

ADVERTENTIE

VOOR GEZOND EN STEVIG TANDVLEES

GENGIGEL

WWW.GENGIGEL.NL

CURAPROX

SWISS PREMIUM ORAL CARE



Vervolg KIMO van pagina 1

gadering (ALV) van het KIMO. Het KIMO bevindt zich in een cruciale fase nu er statutair vóór 31 december een nieuwe governance structuur moet zijn. Overleg hierover liep vast. Ondanks het gedeelde belang voor de mondzorg kon geen consensus worden bereikt. De FTWV juicht het toe dat de Raad van Toezicht van het KIMO, waarin drie vertegenwoordigers van de initiatiefnemers zitting hebben, het op zich heeft genomen deze impasse te doorbreken. De FTWV heeft er vertrouwen in dat deze 'drie wijzen' met een gebalanceerd voorstel voor een KIMO 2.0 zullen komen, zodat dit in de ALV van het KIMO in december kan worden vastgesteld.

Kalf: "Het wordt tijd dat het praten over de governance voorbij is. Er is werk aan de winkel: het maken van richtlijnen is één ding, het implementeren is een klus waar alle betrokkenen, KIMO, KNMT, ANT, FTWV én individuele tandartsen zich voor moeten inzetten, in gezamenlijkheid, in het belang van de mondzorg."

(bron: FTWV)

Podcast: is het einde van de zzp'er in zicht?

Veel tandartsen en mondhygiënisten werken momenteel als zzp'er (zelfstandige zonder personeel). Begrijpelijk, want wanneer je het inkomen van een tandarts-zzp'er vergelijkt met een tandarts in loondienst, en beiden werken fulltime, kan dat een verschil opleveren van € 20.000 tot € 24.000 netto per jaar. Wel geeft het zzp-schap belastingtechnisch en arbeidsrechtelijk vaak veel onduidelijkheden. Door het ontbreken van nieuwe wetgeving lijkt het zzp-schap de langste tijd gehad te hebben voor mondzorgverleners.
Hoe dat precies zit, hoor je in onze podcast *Mondzaken*, waar hoofdredacteur van *Dental Tribune* Reinier van de Vrie je bijpraat over de meest actuele en spraakmakende ontwikkelingen binnen de mondzorg. In deze eerste podcast gaat Van de Vrie in gesprek met consultant Richard Mastwijk, die tandartsen al meer dan veertig jaar adviseert over hun praktijkvoering. Waar lopen zzp'ers in de praktijk tegenaan? Welke problemen brengt de wet DBA (Deregulering Beoordeling Arbeidsrelatie) met zich mee? Is er nieuwe wetgeving in de maak? En is het einde van het zzp-schap voor mondzorgverleners in zicht?



Chirurgisch masker vaak bijna net zo goed als FFP2-masker

AMSTERDAM Uit recent onderzoek van onder meer het Radboudumc blijkt dat een (goed) type IIR chirurgisch masker vergelijkbaar presteert als een FFP2-masker. Dit onderzoek is gepubliceerd in de Leidraad PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen) in de (poli)klinische setting vanwege SARS-CoV-2 (FMS).

Volgens deze leidraad voldoen in de meeste zorgsituaties chirurgische mondneusmaskers type IIR. FFP2-maskers worden in de mondzorg alleen aangeraden bij aerosolvormende handelingen bij zowel verdachte als bewezen covid-19-patiënten. Volgens het onderzoek van het Radboudumc is het beschermend effect bij behandelingen met bioaerosolen van chirurgische maskers IIR zelfs vergelijkbaar met dat van de gangbare FFP2-maskers. De onderzoekers zoeken de verklaring daarvoor bij de manier van testen. Voor de certificering van FFP-maskers wordt getest met NaCL-partikels en oliedamp. Deze wijze van testen is meer representatief voor industriële settings waarbij toxische stoffen vrijkomen. Dat zijn andere eigenschappen dan bioaerosolen die bij besmette personen in een zorgsetting kunnen vrijkomen. Dat stelt dus ook andere eisen aan de beschermingsmiddelen. Een *faceshield* als toevoeging bij een chirurgisch masker of een FFP2-masker zou volgens de onderzoekers mogelijk extra bescherming kunnen bieden. Ze benadrukken dat het van belang is om de basismaatregelen, zoals handhygiëne, reiniging en desinfectie, goed te blijven uitvoeren.
(bron: ANT)

ADVERTENTIE



Vervolg speekselklier van pagina 1

gen ze ook bevestigd in het weefsel van twee overleden mensen dat ze onderzochten samen met onderzoekers van het Amsterdam UMC. "We noemen ze tubarialisklieren, naar de plek waar ze zitten."

Minder bijwerkingen
"Als je met een bestralingsbehandeling speekselklieren beschadigt, kunnen patiënten in de problemen komen," licht Vogel toe.
"Ze krijgen dan moeite met eten, slikken en praten." Ook bestraling van de 'nieuwe' klieren kan gepaard gaan met deze bijwerkingen. In samenwerking met collega's van het Universitair Medisch Centrum Groningen analyseerden de onderzoekers de gegevens van 723 bestraalde patiënten. Conclusie: hoe meer straling op deze nieuwe plekken, hoe meer klachten naderhand. Net als bij bestraling van de al bekende speekselklieren.
De ontdekking is dus niet alleen heel verrassend, maar ook relevant voor patiënten met hoofd-halskanker. "Bij veel patiënten is het technisch goed mogelijk om deze nieuw ontdekte locatie van het speekselkliersysteem te ontzien tijdens bestralingen, net zoals we met de bekende klieren proberen," concludeert Vogel. "De volgende stap is uitzoeken bij wie en op welke manier we dat het beste kunnen doen. Als dit goed lukt, krijgen patiënten wellicht minder bijwerkingen, wat enorm zou kunnen schelen voor hun kwaliteit van leven na de behandeling."

(bron: Antoni van Leeuwenhoek)

Column
Reinier van de Vrie



Schone lucht

Waar we met z'n allen nu wel een beetje behoefte aan hebben, is frisse lucht. Schone lucht zonder al te spatrijk vocht en virusbevattende aerosolen. Wanneer heb je die lucht en hoe kom je eraan? Dat weten we dus niet of nauwelijks. Mijn vrouw smaakt het genoegen op een middelbare school les te mogen geven in de 'donkerrode Randstad.' Dat gebeurt tegenwoordig dus met ramen en deuren open. Afgezien van het lawaai dat uit de gangen en andere lokalen komt, ging dat net na de zomer met mooi weer nog wel. Maar probeer de Duitse grammatica er maar eens in te krijgen als je gezelschap krijgt van drie wespen. Eentje wist ze zelf neer te tikken, de tweede overleefde een klap met een Duits boek niet, maar de derde – de slimste – vloog naar de tl-lamp om vanaf die plek de klas de rest van het uur met zijn irritante gezoem te treiteren. De vierde naamval kunnen ze daar wel vergeten. Nou ja, voorlopig komen ze toch niet in Duitsland. Met de herfstregens en -stormen komt er nu voldoende frisse lucht binnen. Hoodies op en je niets aantrekken van door een windvlaag dichtslaande deuren. Nee, dan is het in de tandartspraktijk heel wat gemakkelijker met de ventilatie en koeling. Of toch niet? Ik ging voor een artikel op zoek naar een deskundige die theoretisch onderlegd is op dat gebied. Een deskundige die me kan uitleggen wat de mogelijkheden zijn om met lucht- en ventilatiesystemen de risico's van overdracht van virussen en bacteriën via lucht en aerosolen te beperken of mogelijk te voorkomen in de mondzorgpraktijk. Bij het RIVM konden ze me zo'n deskundige niet leveren. Ook een gerenommeerde academische opleiding kon me niet helpen. De persoon die ik zoek bestaat helaas niet, want die zou dat al keurig in Nature gepubliceerd hebben, kreeg ik als antwoord. Ondertussen brengen er heel wat bedrijven allerlei koel- en ventilatiesystemen en apparatuur met de mooiste beweringen op de markt. Installateurs van schone en frisse systemen gaan nog jaren goede zaken doen, al weten ze kennelijk ook niet precies wat voor lucht ze de ruimte in blazen. De wetenschapper die met een mooie standaard en goed meetinstrument komt voor frisse lucht gaat de Nobelprijs winnen. Vooralsnog doen we maar wat en gooien we alle deuren en ramen open.
Zo, nu eerst een luchtje scheppen.

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist en tekstschrijver en hoofdredacteur van Dental Tribune Nederland. Contact: vrie@dental-tribune.nl.

Column

Richard Mastwijk

Niet knellen of wurgen

Op het moment dat ik weer mijn bijdrage aan *Dental Tribune* mag schrijven, is het begin oktober. Mijn column 'Piramidespel' is net een week geleden verschenen. Daarin ging ik in op de hoge prijzen die soms door partijen betaald worden bij een praktijkovername. Buiten een enkele collega die mij eens complimenteert met mijn column, blijft het in de regel vrij stil. Wat is het deze keer anders! Ik ben door veel mensen gemaild en gebeld en meestal met een positieve insteek. Mijn studerende en nog thuiswonende zoon viel dit op en vroeg mij wat de reacties op Facebook deden. Ik maak echter geen gebruik van Facebook en beperk mij tot LinkedIn. Mijn zoon liet mij zien hoe ik deze column kon *posten* en binnen tien minuten waren de eerste reacties daar. Inmiddels hebben aardig wat mensen de link geopend en is ook een redelijk aantal (ik ben geen ervaringsdeskundige) likes geplaatst.
Uit deze reacties valt af te leiden dat meer mensen vinden dat de markt is doorgeslagen. Dat er een ongezonde situatie is ontstaan en dat die bedreigend kan zijn voor de kwaliteit en de continuïteit van de mondzorg. Vaak vraagt men zich af waarom beroepsorganisaties en overheidsinstanties daar geen drempel voor opwerpen of tenminste een geluid van afkeuring laten horen. Een van de reacties ontving ik, met complimenten, vanuit die hoek. Er lijkt dus in brede zin gevoel te bestaan bij de stelling. Ook werd mij gevraagd of ik kon aangeven wat dan wel een juiste waardering van een praktijk kan zijn. De redactie van dit blad nodigde me ook uit om hier op in te gaan. Ik denk zelf dat een column zich niet leent voor een technische en droge cijferbrij. Wel denk ik dat het goed is om middels dit podium een lans te breken voor een andere, meer eigentijdse kijk op de waarde van een praktijk in de mondzorg. Te lang is er geen rekening gehouden met de diversiteit in het aanbod, zowel qua behandeling, uitstraling van de praktijk, als ook het lokale kostenaspect. Dit moet mijn inziens veranderen. Daarmee wil ik zeker niet pleiten voor de berekeningsmethode van de corporate-financegeleerden. Het zou goed zijn als de markt tot een evenwichtige waardering zou komen. Een waardering die de vertrekkende praktijkhouder een redelijke aanvulling op het pensioen verschaft en de startende tandarts een reële kans om als praktijkhouder een bestaan op te bouwen. De vertrekkende tandarts heeft dan geen knellende earn-outregeling om de nek en de startende tandarts geen wurgende financiering.



Ik ben graag bereid om de handschoen hier op te pakken en met de verkregen feedback een nieuwe standaard te ontwikkelen. Ik hoop dat het veld daar bij aansluit.

Richard Mastwijk
Consultant en partner bij van helder

ADVERTENTIE



Webinar intraossale anesthesie

Inzicht in anatomie leidt tot toename succeskans verdoven

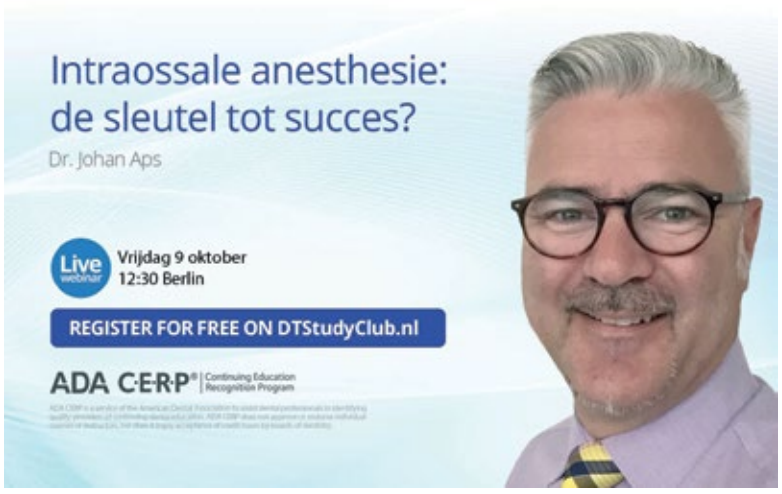
TEKST: KEES ADOLFSEN

HOUTEN Vrijdag 9 oktober verzorgde Dr. Johan Aps een webinar in een reeks geïnitieerd door de Dental Tribune Study Club. Anesthesie heeft nog steeds een hoge faalkans. De sleutel tot meer succes is volgens Aps een beter inzicht in de anatomie. Hij noemt daarbij intraossale anesthesie dé oplossing. Hoe je dat doet? Aps vertelde zijn stappenplan.

De van oorsprong Vlaamse Aps is Associate Professor van de University of Western Australia in Perth en leidt daar ook de afdeling dentale en maxillofaciale radiologie. Zijn betoog in de webinar volgt een heldere lijn. Het begint met aandacht voor de gangbare praktijk, met de benadering die de meeste tandartsen volgen en de problemen die ze daarbij tegenkomen.

De vragen die tandartsen patiënten gewoonlijk stellen over de effectiviteit van de verdoving, betreffen in feite *neveneffecten* van de verdoving: voelen de tong, de lip of de kin dik aan, gezwollen, afwezig? Terwijl je wilt weten of de pulpa en aangehechte gingiva verdoofd zijn, en de proprioceptie van het parodontale

Lees verder op pagina 5



Feiten & cijfers

6 studiepunten vertraging in coronatijd voor studenten Tandheelkunde.

Studenten hebben ondanks corona het afgelopen studiejaar nauwelijks studievertraging opgelopen. Dat blijkt uit de eerste analyses van de Vrije Universiteit Amsterdam, die onderzocht hoeveel studiepunten studenten in het studiejaar 2019-2020 behaalden. De verschillen met andere jaren blijken klein. In masteropleidingen in het algemeen hebben naar verhouding evenveel studenten de volle zestig studiepunten behaald als voorgaande jaren. In de bachelor zijn er zelfs meer studenten die alle punten hebben binnengesleept. Tandheelkundestudenten zijn – samen met geneeskundestudenten – echter uitzondering op deze regel. Daar lopen eerste- en tweedejaars bachelorstudenten gemiddeld één vak van zes studiepunten achter. In de master zijn het gemiddeld twee vakken. Studenten waarderen het online-onderwijs minder dan het gewone onderwijs, schrijft de VU. Liever zouden ze fysieke lessen hebben. "Mede vanwege een gebrek aan motivatie besteden studenten minder tijd aan hun studie, blijkt uit een onderzoek onder VU-studenten." Het is ook de vraag of het onderwijs dezelfde kwaliteit heeft als anders – hoe goed docenten ook hun best doen.

(bronnen: Punt, Hoger Onderwijs Persbureau)

Quiz

1. Bij het restaureren van een diepe cariëslaesie met composiet is aangetoond dat de levensduur van de restauratie wordt verkort als er eerst een onderlaag van kunststofgemodificeerd glasionomeercement wordt aangebracht.
a. Juist
b. Onjuist

2. Als er op het röntgenbeeld van een diepcarieuze (pre)molaar die positief reageert op sensibiliteitstesten sprake is van een periapicale afwijking, gaat de voorkeur uit naar een wortelkanaalbehandeling.
a. Juist
b. Onjuist

De antwoorden vindt u op pagina 22.

Vervolg van pagina 4

ligament is uitgeschakeld. Hoe dat te bevragen? Daarop kwam Aps veel later terug.

Succeskansen

Naar de succeskansen van anesthesie is en wordt veel onderzoek gedaan. De meeste tandartsen hebben notoir lastige patiënten in hun bestand als het om verdoven gaat. Ook gaan patiënten wel eens shoppen, als het bij andere tandartsen eerder misging op het gebied van anesthesie. Wie vanuit beroepseer de uitdaging aangaat en faalt, heeft er een dubbele frustratie bij: voor zichzelf én voor de patiënt.

Wellicht geruststellend: 100% succes op het gebied van anesthesie heeft geen enkele tandarts. Een aantal onderzoeken vermeldt een faalkans van 10-15%, andere noemen zelfs 15-30%. Successcores verschillen duidelijk per gebied en per medische situatie. De mandibula geeft duidelijk de grootste faalkans: 47-53%, volgens een onderzoek uit 2016. Ook bij irreversibele pulpitis (inflammatie) daalt de kans op succesvolle anesthesie sterk, onder meer vanwege de verhoogde zuurgraad.

Intrapulpale anesthesie is dan ook het minst populair onder tandartsen. Bij patiënten zorgt palatale verdoving voor de meeste weerstand. Bij intraligamentair verdoven heeft men volgens Aps vaak de neiging onnodig veel kracht te zetten: door de onnodige vibraties die dit meebrengt wordt de patiënt argwanend.

Al met al geeft vooral anesthesie in de mandibula problemen die anno 2020 niet meer gewenst zijn, stelt Aps.

Mandibulair blok

Onderzoek naar de invloed van de gebruikte anesthetica geeft geen zicht op significante verbeteringen: ook articaïne bood niet meer dan 73% succes. Hetzelfde geldt voor onderzoeken naar de gehanteerde technieken. In 2014 werd al vastgesteld dat het tijd was de 'gouden standaard' voor het verdoven in het 'mandibulaire blok' te wijzigen. Recentere onderzoeken laten zien dat ondanks verbeteringen behandelaars altijd voorbereid moeten zijn op de noodzaak van aanvullende injecties.

De sleutel tot meer succes is volgens Aps een beter inzicht in de anatomie. Dat wat de meeste anatomieboeken laten zien en wat gedoceerd wordt op de universiteiten, is een versimpeling van de realiteit. Verbeterde radiografische technieken en MRI-scans laten zien dat het 'verkeer' van zenuwbanen en -vertakkingen rond kaken en elementen complexer en omvangrijker is dan traditioneel voorgesteld. Röntgenfoto's van de mandibula laten een wisselend patroon van zenuwkanaaltjes zien: het zijn zenuwpaden die terug het element in lopen. Neurovasculaire bundels kunnen problemen geven bij traditionele manieren van verdoven.

Intraossaal verdoven

De conclusie van Johan Aps is helder: het komt erop aan de zenuw in het element te verdoven. Een 'regionaal depot' inspuiten heeft geen zin: alleen intraossaal verdoven garandeert dat het anestheticum daadwerkelijk op de juiste plek komt: in het bot, rond de apex.

Aps reikt vervolgens een heldere handelingsvolgorde aan:

- het periosteum verdoven;
- corticaal bot perforeren;
- spongiosa penetreren tot gewenste diepte;
- traag intraossaal injecteren - dit bij voorkeur computergestuurd, waarbij sensoren de tegendruk uit de weefsels aangeven.

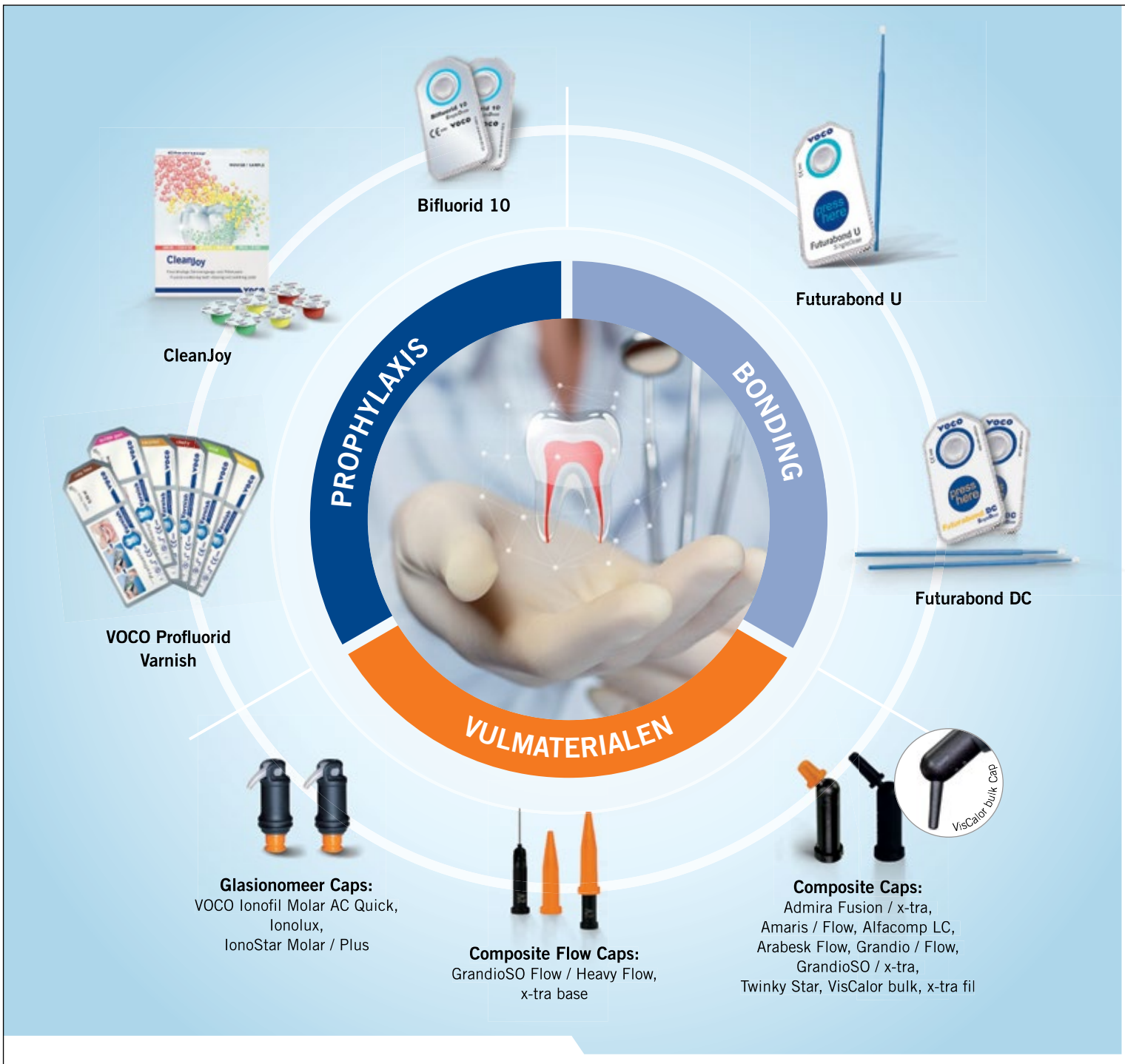
Met een groot aantal praktijkvoorbeelden op röntgenfoto's brengt hij de beste plaats om te injecteren per situatie in beeld. Ook geeft Aps een praktisch overzicht van per indicatie toe te passen anesthesie: één carpule meestal, soms minder, met wisselende percentages lidocaïne en articaïne, in combinatie met epinefrine.

Voor Aps is duidelijk dat intraossale anesthesie dé oplossing is in het licht van de verbeterde inzichten in de anatomie van het gelaat. Het mag geen tweede keus zijn, betoogt hij: 20-30% faalkans is tenslotte geen goede reclame voor de klinische activiteiten van de tandarts.

Nog even terug naar het antwoord dat wél vertelt of de verdoving geslaagd is. Vraag de patiënt na een intraossale injectie de tanden op elkaar te zetten. Als de patiënt aangeeft dat dat niet kan, omdat hij het gevoel heeft dat de tanden en kiezen niet meer goed sluiten op, is er duidelijk geen proprioceptie meer. Dan zijn dus zowel pulpa als aangehechte gingiva en parodontaal ligament verdoofd. Met een gerust hart kan de tandarts overgaan tot behandeling van de tand of tot extractie.

Deze complete webinar van Johan Aps is terug te kijken op de website van Dental Tribune Study Club: ga naar www.dtstudyclub.nl. ■

ADVERTENTIE



VOCO SINGLE DOSE
EENVOUDIG, SNEL EN HYGIENISCH

- Hygienisch – optimale bescherming voor uw medewerkers en patienten
- Eenvoudig en snel te verwerken
- Economisch – hoog resultaat, lage kosten

MADE IN GERMANY 100%

Voor vragen / aanbiedingen,
neem contact op met uw VOCO Vertegenwoordiger voor de actuele aanbiedingen of mail naar:
b.dohle@voco.com (Bastiaan Dohle, Tel. 06-13559033)

SingleDose



VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Duitsland · Tel. +49 4721 719-0 · www.voco.dental

VOCO THE DENTALISTS

Implantoloog Edith Groenendijk over protocol voor immediate replacement

“De positie van het implantaat is bepalend voor de esthetische zone”

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Na een zoektocht van zo’n twintig jaar denkt implantoloog drs. Edith Groenendijk samen met collega dr. Tristan Staas een protocol voor immediate placement te hebben ontwikkeld dat de gouden standaard kan worden voor implantologie in de esthetische zone. Dat durft ze te beweren op basis van klinische ervaringen en wetenschappelijk onderzoek. Dit jaar zou ze het 20-jarig bestaan van haar verwijspraktijk voor implantologie met een seminar vieren.

Was er een bepaalde aanleiding dat u geïnteresseerd raakte in immediate placement in de esthetische zone?

Dat is zo gegroeid. Na mijn opleiding Orale Implantologie bij ACTA ben ik eind jaren negentig intensief verdergegaan in de implantologie. Dat was de meest interessante tijd om je te bekwamen in de implantologie, want de mogelijkheden voor botopbouw, toepassing van membramen en botsubstitutie werden steeds groter. Ik ben opgeleid met het *delayed protocol*. Na extractie van het element moet dan eerst de wond genezen en wacht je drie tot zes maanden voordat je kunt implanteren. De ervaring leert dat je dan geconfronteerd wordt met een deuk in het bot en het tandvlees. Je moet eerst bot opbouwen en vaak wel drie tot vijf hersteloperaties doen om tot een goed esthetisch eindresultaat te komen.

Eind vorige eeuw kwam de Amerikaanse implantoloog dr. Peter Wöhrle met een immediate *placement*-protocol. Direct na tandextractie werd het implantaat geplaatst in de extractie-alveole. Diverse jaren later werd immediate *replacement* mogelijk, waarbij er ook direct een tijdelijke kroon op wordt gezet. Maar immediate placement werkte niet altijd goed. Het leidde te vaak tot terugtrekkend tandvlees en onacceptabele esthetische resultaten. Het had een slechte naam.

In 2004 presenteerde professor Daniel Buser uit Zwitserland een *early* placement protocol. Dat was al een hele verbetering. Na tandextractie kon het implantaat na zes tot acht weken erin. Tot nu toe is dat de gouden standaard. Ik ben dat ook gaan toepassen, maar ik was nog steeds ontevreden over de esthetiek. Te vaak nog ontstaat een deuk in het tandvlees. Esthetisch is dat niet fraai. Ik zit met mijn praktijk in Den Haag en het publiek maakt je af als het niet goed is. Dus tot 2008 werkte ik toch vooral volgens het full delayed protocol. Daarmee ben je anderhalf tot twee jaar verder met een patiënt tot je een acceptabel resultaat hebt. Esthetisch laat het in veel gevallen nog steeds te wensen over. Te vaak trekken de papillen zich terug, mede door de vele chirurgie die je moet toepassen. Hoe meer chirurgie, des te slechter meestal het resultaat, ook al doe je het nog zo goed.



Implantoloog drs. Edith Groenendijk.

CV Edith Groenendijk (1965)

Na haar afstuderen als tandarts in 1989 aan de Katholieke Universiteit in Nijmegen werkte Edith Groenendijk een aantal jaren in meerdere praktijken als algemeen practicus. In 1992 vestigde ze een algemene tandartspraktijk in Den Haag. In 2000 behaalde ze bij ACTA een Master of Science-titel in de Orale Implantologie en opende ze de verwijspraktijk Implantologie Den Haag.

ADVERTENTIE

ICX implants

ICX, het **FAIRE** Duitse Premium Implantaatsysteem



WIJ OVERTUIGEN AL 16 JAAR MET STABIELE PRIJZEN VOOR EEN ORIGINEEL DUITS/ZWITSERS IMPLANTAATSYSTEEM

ICX implants
Boodtlaan 10 · 1796 BE De Koog · Tel.: 0222 - 76 90 11
E-mail: info@icx-implants.nl · Web: www.icx-implants.nl

> Hoe meer chirurgie, des te slechter het resultaat

Hoe kwam u toch weer uit op immediate placement?

In 2006 volgde ik een cursus van implantoloog Egon Euwe, waarbij ik Tristan Staas, implantoloog uit Den Bosch, voor het eerst ontmoette. We hadden leuke discussies over de aanpak in de esthetische zone. Een paar jaar later liet hij mij mooie resultaten zien van immediate replacement na toepassing van Nobel Active-implantaten, die hij in een vroeg stadium mag uitproberen. Hij wist toen niet waarom die resultaten zo mooi waren. Vanuit zijn klinische ervaring en mijn brede wetenschappelijke achtergrond zijn we toen stap voor stap gaan kijken hoe dat resultaat werd bereikt. Die stappen hebben we beschreven in een protocol. Daarmee ben ik toen ook gaan werken. Zo’n uitgebreid protocol was er destijds niet. Nergens was bijvoorbeeld aangegeven wat de beste positie van het implantaat moest zijn. Vaak staan de implantaten in de socket, en daarmee eigenlijk te ver naar voren. Dan is er te weinig ruimte voor nieuwe botweefsels om aan de voorzijde te ontwikkelen. Dat is in feite de grondslag van ons protocol. In 81% van de gevallen kan het implantaat namelijk achter de tandkas, waardoor je die helemaal kunt opvullen en je een grote buffer hebt voor nieuw bot. En als je bot hebt, heb je ook tandvlees. Dat is eigenlijk de truc. Dat is natuurlijk vooral belangrijk voor de esthetische zone. Wie lacht wil geen lel van een tand laten zien. Als er bij een kies een beetje tandvlees terugtrekt is dat niet zo dramatisch.

En dat protocol heeft zich verder ontwikkeld?

Ja, we deden immediate replacement conform het protocol eerst alleen in sockets met intact bot. Toen hadden we zelf ook nog niet zo in de gaten dat de aanwezigheid van de buccale botlamel helemaal niet belangrijk was. Maar we gingen de grens steeds meer verleggen, want we hadden niet zoveel patiënten met intacte sockets. We ontdekten dat als we voldoende houvast, dus primaire stabiliteit, voor het implantaat konden vinden en het implantaat driedimensionaal op de juiste plek neer konden zetten, dat het dan niet uitmaakte of er een botdefect was of niet. Pas met de komst van de CBCT-scans rond 2010 zagen we wat er eerder misging met immediate placement.

In 2011 kwamen we in contact met mka-chirurg en hoogleraar Gert Meijer uit Nijmegen. Aanvankelijk stond die zeer sceptisch tegenover de resultaten die we lieten zien, maar hij liet wel een student retrospectieve data verzamelen bij een aantal patiënten. Zo werd duidelijk dat als het bot aan de voorzijde van het implantaat minimaal 2 mm is, er voldoende dimensie is om de doorbloeding goed op te bouwen. Direct postoperatief hadden we gemiddeld 2,4 mm bot en geremodelleerd na 2 jaar 1,8 mm. Verrassend genoeg kwamen we er ook achter dat we winst in bothoogte hadden en daarmee winst in tandvlees en een hele mooi Pink Esthetic Score (PES) van 12,1. In 2014 is er in zes praktijken die volgens ons protocol werkten prospectief onderzoek gedaan, zodat we zeker weten dat het niet alleen werkt in onze handen maar ook bij andere implantologen.

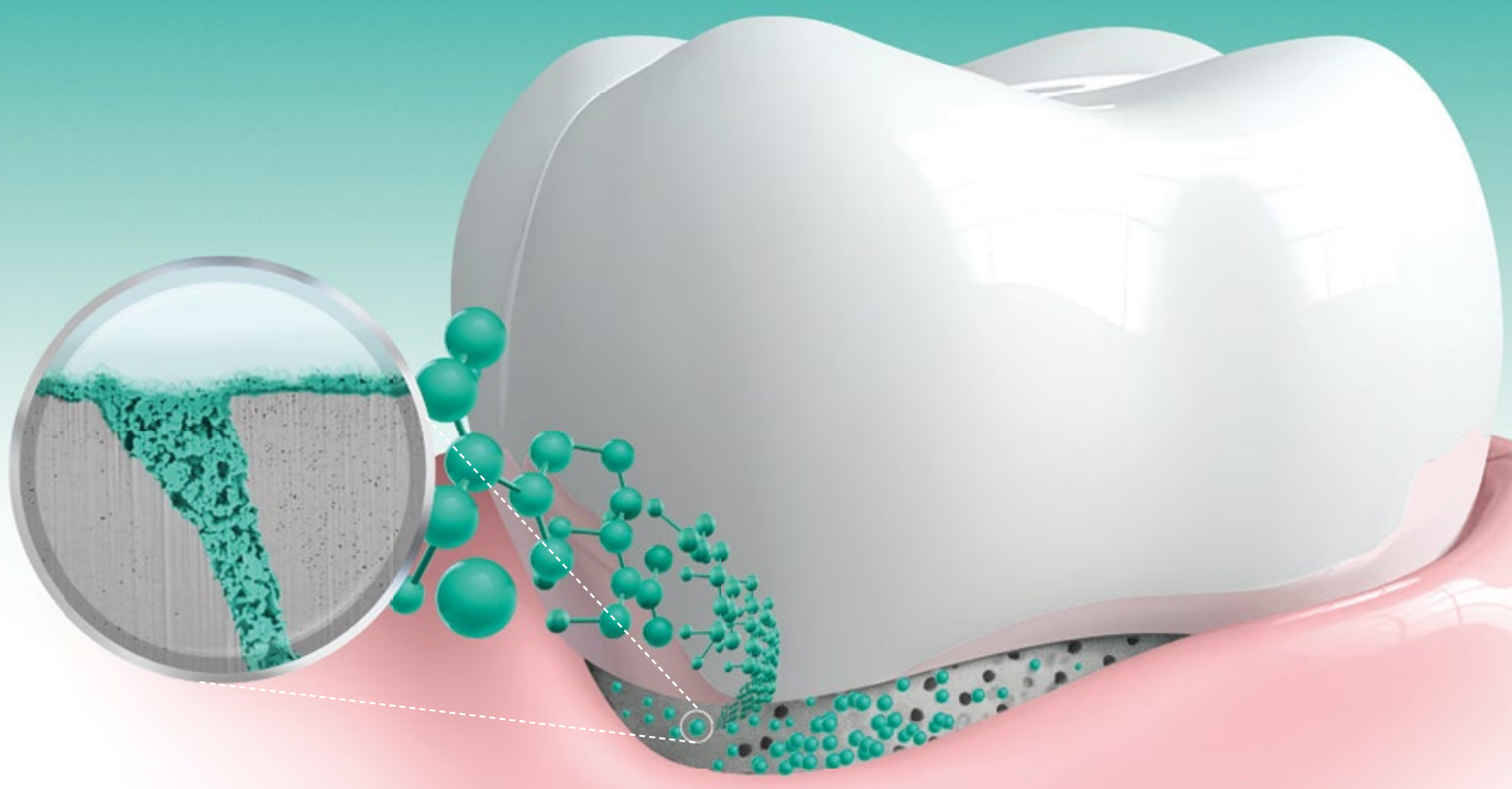
> Maximaal resultaat en goedkoper

Wat zijn de voordelen van werken volgens jullie protocol?

Dat je voorspelbaar kunt werken en weet waar je het implantaat moet plaatsen. Je kunt de plaatsing van een implantaat maar één keer goed doen. Bij een chirurgische fout stabiliseert het bot niet en trekt het tandvlees terug. Je kunt ook geen mooie kroon maken als het implantaat niet op de juiste positie staat. In 7% van de gevallen hebben we een minder mooi resultaat, overeenkomend met de esthetische resultaten na het toepassen van het early placement protocol. Naast de mooie eindresultaten is een ander voordeel van deze werkwijze dat we minimaal invasief werken. En voor de patiënt is het goedkoper, omdat het in één behandeling kan en er minder chirurgie nodig is. Er zijn ook minder postoperatieve bezwaren, omdat je na extractie direct de weefsels restaureert zonder die open te snijden. Voor de patiënt is

Lees verder op pagina 8

Gevoelige tanden?
Directe* en langdurige verlichting
begint met uw advies



elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL met de unieke PRO-ARGIN®-technologie

- Biedt superieure dentine tubuli afsluiting:
  91% afsluiting in vergelijking met **67%** met een tinfluoride/natriumfluoride technologie[1,#]
- Blokkeert de route naar pijn onmiddelijk*:
  60,5% reductie in gevoeligheid vanaf het eerste gebruik[2,**]
- Biedt langdurige verlichting van pijn:
  80,5% reductie in gevoeligheid na 8 weken[3,**]



93% van de patiënten
BEVESTIGT PIJNVERLICHTING VAN GEVOELIGE TANDEN*

*Ipsos, patiënten programma gedaan met elmex Sensitive Professional Repair & Prevent, 2 weken test, 325 respondenten, Polen 2017

* Voor directe verlichting, direct met de vingertop aanbrengen op de gevoelige tand zacht 1 minuut inmasseren
** Invergelijking tot de basislijn
In-vitro studie, na 5 applicaties vs tinfluoride / natriumfluoride technologie ($p<0.05$)

References: 1. Hines D, et al. Accepted poster, July 2018 IADR. Colgate-Palmolive Company 2018. **2.** Nathoo S, et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss):123–130. **3.** Docimo R, et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss):17–22.

Colgate®

Vervolg van pagina 6

het helemaal top. En voor de tandarts-implantoloog natuurlijk ook. Als je heel veel chirurgie moet doen, heb je ook meer risico op complicaties. Kortom, maximaal resultaat met minder kosten.

Bij implantologie is terugtrekkend tandvlees dus een groot probleem?

Dat is alles waar het om draait. Je wilt geen recessie hebben. Bij deze methode blijft het tandvlees stabiel. In sommige gevallen – en dat is nieuws – blijken we zelfs winst te maken met tandvlees. Dat is nog nooit aangetoond. Het levert dus een beter esthetisch resultaat op dan de beginsituatie vóór implanteren. Daar zijn we heel blij mee. Als je de truc goed toepast kun je op meer tandvlees rekenen met alleen botsubstituut en dus zonder bindweefseltransplantatie. Dat is heel controversieel. Maar we hopen dat met ons onderzoek te bewijzen.

En wanneer kan de definitieve kroon worden geplaatst?

Voor de tijdelijke kroon moet er primaire stabiliteit van het implantaat in het bot zijn. Hiervoor is minimaal 4 mm bot nodig. In de meeste gevallen kan de kroon al na twee maanden vervaardigd worden. Maar soms loop je het risico dat het bot nog niet hard genoeg is. Dan wacht ik een half jaar. Patiënten zijn dan in twee zittingen klaar. Natuurlijk is onze uitdaging om een protocol te ontwikkelen waarmee we direct de definitieve kroon kunnen plaatsen. Maar dan heb je daar ook de goede implantaten en abutments voor nodig. Daarbij zijn we afhankelijk van de industrie. We hopen dat die naar ons gaat luisteren. Dan is het voor de patiënten helemaal goud.

Er is zelfs winst met tandvlees

Voor welke patiëntengroepen is deze methode vooral geschikt?

In principe voor iedereen als dat medisch mogelijk is. Net als voor alle plaatsingsmethoden moeten er geen contra-indicaties zijn, zoals parodontitis of een medisch gecompromitteerde achtergrond. En voor één implantaat moet er een stabiele beet zijn. Vanaf 2011 proberen we verwijzers er ook van te overtuigen dat ze een tand niet moeten extraheren. Stuur patiënten eerst in naar ons, zodat we een behandelplan kunnen maken. Geen extractie zonder behandelplan. Bij extractie verlies je namelijk bij de zijdelingse delen een derde van het bot en aan de buitenkant en in het front zelfs twee derde. Dat moet je dan weer reconstrueren. In zijn algemeenheid geldt dat je de patiënt geweld aandoet als je vooraf geen behandelplan maakt.

20 jaar praktijk Implantologie Den Haag

Dit jaar zou Edith Groenendijk het twintigjarig bestaan van haar praktijk met een seminar in het Kurhaus vieren. In het seminar zou ze laten zien hoe de praktijk zich ontwikkeld heeft. Met daarin veel casussen en een filmpje van een negentigjarige patiënt die vertelt hoe blij hij met het behandelresultaat is. En verder natuurlijk de nodige aandacht voor het protocol en minimaal invasief werken. Het seminar staat nu gepland voor 21 mei 2021, waar dan het 21ste jaar van de praktijk wordt gevierd.

Vindt deze methode navolging of is er nog veel weerstand?

All over the world zijn steeds meer implantologen overtuigd van deze behandelmethode. Je hebt duidelijk de conventionele stroming en de immediate replacement stroming. Het early placement protocol is nog steeds de gouden standaard in de wereld, maar dat is redelijk ouderwets. Ik ben er van overtuigd dat immediate replacement de gouden standaard gaat worden. Je hebt collega's die alleen uitvoeren wat minimaal tien jaar bewezen is. Anderen volgen eerder nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen en ervaringen uit andere praktijken. Die kijken ook welke resultaten ze zelf bereiken. Ieder jaar bekijk ik tussen kerst en oud en nieuw al mijn casussen. Wat heb ik gedaan? Je moet begrijpen wat je aan het doen bent.

Het is toch wel bijzonder dat jullie als relatief kleine Nederlandse praktijken een gouden standaard weet neer te zetten...

Dat moeten we eerst nog bewijzen. Maar het is echt heel leuk om midden in je carrière iets voor je vakgebied te kunnen betekenen. We hebben het geluk gehad dat Gert Meijer ons echt de kans heeft gegeven om hem te overtuigen en dat we de gelegenheid hebben gekregen om er onderzoek naar te doen. Heel bijzonder is dat we buiten-promovendi zijn, gewoon twee gekke clinici. We zijn er nog niet, want ik vind dat we ook direct de definitieve kroon zouden moeten kunnen plaatsen.

Kan iedere behandelaar die implantologie doet deze methode toepassen?

Je moet wel ervaring hebben. Het is een flapless procedure. En het is belangrijk dat je weet wat je doet en weet wat je tegen kunt komen. Je moet dus minimaal chirurgische ervaring hebben om flapless een implantaat te kunnen plaatsen. Met jonge onervaren behandelaars gebruik ik surgical navigation, waarmee je op de CBCT kunt zien waar je bent met de boor. Als je eenmaal het trucje kent, is het niet moeilijk.



Maar je moet het wel heel principieel toepassen en het niet met een ander implantaat of ander onderdeel willen doen.

Kun je dan alleen werken met implantaten van Nobel Biocare of kan het ook met andere merken?

Het zou heel prettig zijn als er ook andere merken waren, want hoe meer patiënten geholpen worden met deze methode, hoe beter. Ik vind het belangrijk dat het zo goedkoop mogelijk kan, dat iedereen ermee behandeld kan worden en dat zoveel mogelijk tandarts-implantologen het toe kunnen passen.

Op dit moment zijn er helaas geen andere merken waarmee het ook kan volgens ons principe. Chirurgisch heb je een implantaat nodig met een heel agressieve schroef die je er met de hand indraait, zodat je helemaal de controle hebt. Met een hoekstuk zoekt het implantaat de weg van de minste weerstand en komt die te ver naar voren toe en is het moeilijk achter de socket te komen. Het kan wel, maar het is lastiger met schroeven van andere merken. Belangrijker is dat het restauratieve systeem klopt, zodat op een biocompatibele manier een tijdelijke kroon gemaakt kan worden. We hopen natuurlijk dat er nieuwe implantaten en abutments komen waarmee wij ons systeem kunnen ontwikkelen en verbeteren.

Wat zijn uw verdere plannen?

Mijn volgende missie is om me in te zetten voor de opleiding van de jonge generatie in de implantologie. Nu krijgen ze in mijn ogen vaak wat gedateerde informatie. Via de universiteit of door zelf cursussen te geven wil ik mijn kennis gaan doorgeven. ■

ADVERTENTIE

Bescherm uw patiënten én investeringen.

Kerr



CaviCide™

Reinigen en desinfecteren van medische hulpmiddelen

- De lage alcoholformule (17%) voorkomt beschadiging van instrumenten en oppervlakken, ook bij veelvuldig gebruik.
- Effectief tegen het nieuwe Covid-19 coronavirus.*
- Doodt TBC, bacteriën, virussen en schimmels binnen 3 min.

KILLS NOVEL CORONAVIRUS (COVID-19)*
EN14476 COMPLIANT

SPECIALE AANBIEDING : 3 + 1

Tot en met 31 december 2020 kunt u profiteren van deze **3+1 gratis aanbieding op** de

CaviCide™ Spray Flacon 700 ml (Ref. 4731222)

Indien u van deze actie gebruik wilt maken, neem dan contact op met uw Dental Depot.
(Advies verkoopprijs per fles: € 12,25 excl. btw. De actuele prijs van uw depot is van toepassing.)

* EN14476 tested using MVA (Modified vaccinia virus Ankara) as a surrogate representing enveloped virus.

Opsporing diabetes door mondzorgprofessionals

BIRMINGHAM, VERENIGD KONINKRIJK Mondzorgprofessionals kunnen een belangrijke rol spelen in het vaststellen welke mensen een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2 lopen. Ook kunnen zij een rol spelen in de vroege opsporing van de aandoening bij mensen die nog niet gediagnosticeerd zijn, toont nieuw onderzoek aan.

De *systematic review*, onder leiding van onderzoekers van de University of Birmingham, liet zien dat het gebruik van middelen die risico's beoordelen, zoals vragenlijsten voor patiënten en bloedtesten binnen een dentale chirurgische setting, tot betere resultaten voor patiënten en een verbeterde controle van de aandoening leidt.

Ernstige parodontitis heeft een duidelijke relatie met diabetes type 2, een aandoening die volgens de World Health Organization voorkomt bij ongeveer 422 miljoen volwassenen wereldwijd. Omdat diabetes in een vroeg stadium geen symptomen geeft, kunnen mensen vele jaren ongediagnosticeerd blijven. Vanwege de relatie tussen een afwijkende glycemische status en mondgezondheid, kunnen mondzorgprofessionals echter een belangrijke rol spelen in het herkennen van de aandoening.

"Ons onderzoek laat zien dat artsen, mondzorgprofessionals, patiënten en het publiek het beoordelen van risico's en de vroege opsporing van diabetes en pre-diabetes binnen de tandartspraktijk een positieve ontwikkeling vinden," aldus hoofdonderzoeker professor Iain Chapple, hoofd van de tandheelkundefaculteit van de University of Birmingham. "Patiënten zijn ook groot voorstander van onderzoeken die een snelle uitkomst geven. Dit laat niet alleen zien dat het voordelig kan zijn om mondzorgprofessionals te betrekken in het opsporen van deze patiënten, maar toont ook de behoefte aan een meer gezamenlijke aanpak met zowel artsen als tandartsen."

Het onderzoek, genaamd 'The Role of the Oral Healthcare Team in Identification of Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review', is gepubliceerd in *Current Oral Health Reports*.

(bron: University of Birmingham)

Patiënten voelen zich nog te weinig geïnformeerd

Slechts 54% van de patiënten heeft het gevoel tijdens een tandheelkundige behandeling precies de juiste hoeveelheid informatie te krijgen. Dat blijkt uit een enquête van marktonderzoeker DentaVox. Ook geeft de meerderheid van de respondenten aan dat informatie over toegepaste medicatie of het gebruik van anesthetica voor hen onduidelijk blijft.

Voor de behandeling

Hoewel 54% van de respondenten zich voldoende geïnformeerd voelt over tandheelkundige behandelingen, lijkt het erop dat de meerderheid van de deelnemers aan de enquête in het duister tast over details rondom de behandeling. Aangezien mogelijke allergieën voor anesthetica potentieel gevaarlijk zijn, hoort de patiënt wel degelijk van het gebruik op de hoogte te zijn. Desondanks geeft 63% van de respondenten aan dat informatie hierover voorafgaand aan de behandeling onduidelijk is.

"Doet het pijn?" is de tweede meest voorkomende vraag van patiënten voor een behandeling. Ook naar het aantal benodigde bezoeken wordt met regelmaat gevraagd voorafgaand aan de behandeling. Aangezien de tandheelkunde zich snel ontwikkelt en ingewikkelde procedures zoals implantaatplaatsing tegenwoordig vaak binnen één dag uitgevoerd kunnen worden, verwachten patiënten vaak minder afspraken.

Na de behandeling

Wanneer de behandeling eenmaal is afgerond, vraagt de meerderheid (65%) van de respondenten het meest naar aanbevelingen voor nazorg. Een ander onderwerp dat de helft van de respondenten na een behandeling ter sprake brengt, zijn de kosten. Volgens DentaVox is dat niet opmerkelijk, aangezien het prijskaartje een belangrijk aspect is van de patiëntervaring. Bovendien kan volgens een eerdere DentaVox-enquête een onverwacht hoge rekening voor bijna een vijfde van de respondenten zorgen voor een slechte tandheelkundige ervaring. Ten derde hebben veel respondenten vragen over de reeds uitgevoerde behandeling.

(bron: DentaVox)

ADVERTENTIE

13/11/2020 open deur dagen! Inschrijving verplicht

YOUR DIGITAL SOLUTION IN PRINTING AND MILLING

DigiFlow3D Digitizing the way you work PARTNER OF bredent group

SCANNEN

Intra Orale Scanner MEDIT i500
• Kwaliteit die betaalbaar is
• Gratis updates

Lab Scanner Edge
• Een alles kunner onder de €8000

SWING en FREEDOM scanner
• 5 mega pixel High End

CONSTRUEREN

exocad
• Open systeem voor elke indicatie
• Van planning tot eindproduct
• Steeds de nieuwste bibliotheken
• Gebruiksvriendelijk

PRODUCEREN

Printing
Milling

Next Dent by 3D SYSTEMS
• Voor iedere indicatie een gecertificeerde vloeistof

DENTAL Concept Systems
• Alle materialen: Titiaan - CoCr - PMMA - HIPC - PEEK - CAST

DigiFlow3D Digitizing the way you work

OFFICE BELGIË
Corda Campus INCubator
Kempische Steenweg 303
3500 Hasselt
T: +32 477 54 01 76
info@digiflow3D.com

On the Road
Karl Van Harck +32 499 37 11 32
Raphael Wygaerts +32 476 50 23 41
Willem De Ceuster +32 473 84 30 97

Support DigiFlow3D Team
Bestaat uit verschillende personen waarvan het aanspreekpunt Digifow3D Office is Secretariaat +32 477 54 01 76

www.DigiFlow3D.com +32 477 54 01 76 digiflow3D