Dental Tribune

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

CONNECTDENTAL EVENT 2019
27september
Hotel Van der Valk, Houten

CONNECTDENTAL EVENT 2019

Hét CADICAM Event van de Benelux!
www.connectdentalevent.com
HENRY SCHEIN DENTAL | Rely on Us | ARSEUS LAB | ARSEUS DENTAL Advies, Aandacht, Attent

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL JAARGANG 9 - NUMMER 7 - SEPEMBER 2019

Microbioom
Implicaties voor (mond) gezondheid
Pagina 3

Tandartspraktijk van het jaar
Is uw praktijk al aangemeld?
Pagina 4

Endodontologie
Interviews en casus
Pagina 6-10

Meer kinderen bij tandarts
Zorgverzekeraar DSW doet oproep
Pagina 11

Sealen van primaire molaren
"Kleinere kans op cariës"
Pagina 16

Lean ondernemen
Kernpunten voor de mondzorgpraktijk volgens Alexander Tolmeijer
Pagina 19

Endodontische herbehandeling:
"Restauratieve prognose van element bepalend"
Pagina 6-8

Tandartsbezoek vaakst gemeden door senioren

NIEUWEGEIN 18% van de ouderen geeft aan weleens af te zien van zorg, in het bijzonder van tandartsbezoek. Dat blijkt uit het koopkrachtonderzoek van KBO-PCOB. Ook komt naar voren dat vier op de tien senioren de armoede ziet toenemen. Vanwege de kosten voelen zij zich daarom soms genoodzaakt om het bezoek aan een zorgverlener te mijden.

In totaal deden 1.400 Nederlandse senioren tussen 53 en 93 jaar mee aan het onderzoek. Door middel van een vragenlijst werd data verzameld over de financiële situatie van ouderen. 38% van de senioren ziet de armoede in hun naaste omgeving toenemen. Steeds vaker kloppen ouderen aan bij de voedselbank. Ook moeten veel senioren bezuinigen op uitstapjes en stoppen ze met autorijden vanwege de kosten.

18% van de senioren geeft aan afgelopen jaar weleens af te hebben gezien van zorg of verzorging. Het vaakst werd een bezoek aan de

Lees verder op pagina 14

ADVERTENTIE

Ministerie: mondzorg kan beter

De mening van de beroepsverenigingen kennen we, maar hoe kijken ze in Den Haag aan tegen het tandartsentekort, taakherschikking en de toekomst van de mondzorg? *Dental Tribune* trok de stoute schoenen aan en klopt aan bij het ministerie van VWS met een aantal lastige vragen. En ziedaar: het antwoord kwam er, met daarin een aantal verrassende statements.

Lees verder op pagina 12

ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

INTERESSANT VOOR HET HELE TEAM!
Schrijf nu in met 2 of meer personen en ontvang € 10 korting p.p.

UPDATE MONDGEZONDHEID VAN HET KIND

VAN FLUORIDEADVIES TOT GEWENST GEDRAG IN HET GEZIN. NEEM JIJ DE PREVENTIEBARRIÈRES WEG?

DATA:
25 nov 2019
Amsterdam
26 nov 2019,
Zwolle
3 dec 2019,
Eindhoven

NASCHOLINGSAVOND MET GEHONOREERDE GASTSPREKERS

PREVENTIE 2.0: HOE DRAAGT HET FLUORIDE-ADVIES HIERAAN BIJ?

Em. Prof. dr. Cor van Loveren
- Secties Preventieve Tandheelkunde en Cariologie, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
- Adviescollege Preventie Mond- en Tandziekten van het Ivoren Kruis

TANDENPOETSEN? FAMILY MATTERS!

Dr. Denise Duijster
- Universitair docent
- Sectie Sociale Tandheelkunde, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)

WAAR & WANNEER?

Maandag 25 november 2019, Amsterdam
Dinsdag 26 november 2019, Zwolle
Dinsdag 3 december 2019, Eindhoven

- Inclusief catering/borrel na afloop
- Nascholingspunten: aangevraagd voor 2 punten bij KRM & KRT

INTERESSANT VOOR HET HELE TEAM!

- Tarief € 79,- p.p.
- Schrijf nu in met 2 of meer personen en ontvang € 10 korting p.p.

MEER INFORMATIE & INSCHRIJVEN?

Ga naar www.colgatedental.nl voor meer informatie over de gastsprekers, de inhoud van de lezingen en schrijf u direct in!

powered by elmex®

Colgate®

GA NAAR **WWW.COLGATEDENTAL.NL**
VOOR MEER INFORMATIE & INSCHRIJVEN

“Microbioom onderbelicht thema voor veel tandartsen”

TEKST: IMELDA VAN DE WARDT / FOTO: MIRLO

Zowel in de wetenschap als in reclames wordt steeds vaker gesproken over het microbioom. Diverse bedrijven brengen zelfs microbioomvriendelijke producten op de markt. Maar wat is het eigenlijk? Kunnen we wel spreken over één microbioom? En wat moet elke tandarts over het microbioom weten? Deze vragen komen aan bod tijdens de themadag ‘Mens, mond en microbioom’ op 5 oktober 2019, georganiseerd door *Quality Practice Tandheelkunde*. Moderator Bastiaan Krom, moleculair microbioloog aan ACTA, vindt het van belang dat tandartsen zich realiseren wat de consequenties van bepaalde keuzes zijn.

Bastiaan Krom: Het is belangrijk dat tandartsen zich realiseren dat antibiotica niet alleen effect heeft op de mond, maar ook op de darmen en daarmee op de algehele gesteldheid van de patiënt.”

Een gezonde mond kan niet per definitie als gezond worden bestempeld. Er gaat immers meer achter schuil: de ecologie van de mond, ofwel het microbioom. “Onder het microbioom verstaan we het totaal aan alle micro-organismen op een bepaalde plek,” definieert Krom. “Het orale microbioom is dus een verzameling van micro-organismen op verschillende plekken in de mond.” Deze organismen zijn van invloed op de algehele gezondheid en pathologie. “Soms kunnen we bij gezonde mensen op basis van het orale microbioom bijvoorbeeld stellen dat er sprake is van een predispositie voor zuurvormende bacteriën, wat de kans op cariës vergroot,” licht Krom toe.

De term klinkt velen nog abstract in de oren, maar de wetenschappelijke kennis over het microbioom neemt al jaren sterk toe. “Wanneer we het microbioom in detail bekijken, blijkt dat ieder individu een unieke samenstelling van organismen heeft. Desondanks kunnen we in populaties clusters onderscheiden met overeenkomstige samenstellingen. Het orale microbioom van gezonde mensen valt in minstens drie tot vijf verschillende clusters.” Ook specifiek over het orale microbioom worden nieuwe inzichten opgeworpen: van het oraal microbioom bestaan zeker negen verschillende samenstellingen in een gezonde mond. Daarom kan er volgens Krom eigenlijk niet gesproken worden over ‘het’ orale microbioom.

Gut-brain axis

Onderzoek naar het oraal microbioom is tot nu toe voornamelijk gericht op de pathologie, zoals cariës en parodontitis. Er is echter meer bekend. Daarom wordt tijdens de themadag een parallel getrokken tussen het beter bestudeerde darmmicrobioom, wat van grote invloed is op zowel de mentale als fysieke gesteldheid van de mens, en het orale microbioom. “Vanuit fundamenteel onderzoek zijn er aanleidingen om de gut-brain axis te bestuderen. Hoe beïnvloeden de darmen de hersenen en het gedrag? En hoe staat dit in relatie tot de mond?” De darmen vormen het centrale punt voor het welzijn van de mens en staan in verband met de mond. Zo gaat de chronische darmaandoening coeliakie bijvoorbeeld vaak gepaard met zowel dentale als neurologische symptomen. Krom benadrukt dat kennis over het darmmicrobioom niet een-op-een toepasbaar is op het orale microbioom, maar dat er wel degelijk overeenkomsten zijn. “In de eerste dagen na de geboorte lijkt het darmmicrobioom sprekend op het oraal microbioom. Naarmate de tijd verstrijkt blijft het oraal microbioom stabiel, terwijl de samenstelling van de micro-organismen in de darm verandert.”

Pre- en probiotica

Het microbioom wordt regelmatig in een zin genoemd met alzheimer, allergieën en hart- en vaatziekten. Maar wat kunnen we doen om goed voor het microbioom te zorgen? En wat zijn de negatieve effecten van keuzes die we maken? “We weten veel over de werking van pre- en probiotica. Dit is echter niet direct van toepassing op de mondgezondheid, aangezien het een andere samenstelling van micro-organismen betreft. We moeten daarom zoeken naar mondspecifieke manieren om in te grijpen.”

Een aantal jaren geleden is ontdekt dat het aminozuur arginine een positief effect heeft op het orale microbioom. Dit onderzoek naar het ecosysteem heeft zich vertaald in een nieuw product voor de mondzorg: sugar acid neutralizer tandpasta. Of deze tandpasta voor elk individu effectief is, is afhankelijk van de samenstelling van de orale micro-organismen (in welk cluster de persoon zich bevindt). “Het microbioom van gezonde mensen toont meer overeenkomsten dan bij zieken. We zien dat de diversiteit in dat geval toeneemt. Deze kennis biedt in de toekomst mogelijkheden om ‘personal oral care’ te ontwikkelen op basis van het microbioom.”

Kinderschoenen

Krom vindt het belangrijk dat tandartsen beseffen dat er zuinig met het microbioom omgegaan moet worden. Bepaalde gedragingen kunnen het microbioom immers op een negatieve manier beïnvloeden. Als voorbeelden noemt Krom antibioticagebruik, extreme hygiënemaatregelen en desinfectie. Het darmmicrobioom is tot zelfs drie maanden na het beëindigen van de antibioticakuur verzwakt. Het duurt enige tijd om te herstellen, een periode waarin de mens mogelijk vatbaarder is voor ziekten.

Het gebruik van antibiotica neemt wereldwijd af. In Nederland zien we echter een stijgende lijn van tandartsen die de medicatie voorschrijven. Krom: “Tandartsen schrijven antibiotica voor in het kader van specifieke doelen in de mond. Het is wel belangrijk dat ze zich realiseren dat het niet alleen effect heeft op de mond, maar ook op de darmen en daarmee op de algehele gesteldheid van de patiënt.”

In de medische zorg bestaan veel protocollen en richtlijnen voor kwalitatieve zorg. In de tandheelkunde staat dit in de kinderschoenen. “Er wordt aangenomen dat bekende handelingen, zoals het voorschrijven van antibiotica, effectief zijn en de negatieve gevolgen hiervan niet opwegen. In de themadag zal naar voren komen dat een antibioticakuur wel degelijk kwaad kan.” Krom benadrukt daarom dat antibiotica alleen voorgeschreven moet worden als daar een gegronde reden voor is.

Beter adviseren en afwegingen maken

Tijdens de themadag worden de meest recente wetenschappelijke inzichten besproken en vertaald naar de dagelijkse praktijk van tandartsen. Op het gebied van behandelafwegingen en het adviseren van patiënten kan een goed inzicht in het microbioom namelijk erg waardevol. “Kennis over het microbioom is niet of nauwelijks doorgedrongen in de tandheelkundige wereld. Desondanks ben ik van mening dat het voor tandartsen belangrijk is om beter inzicht te hebben in de consequenties van bepaalde keuzes.”

Kennis over het microbioom is belangrijk voor het advies dat tandartsen aan patiënten geven. Denk aan het wel of niet gebruiken van specifieke tandpasta’s en andere verzorgingsproducten. “Ook hoop ik dat tandartsen beseffen dat eenieder zuinig moet zijn op het gezonde microbioom. Indien nodig zijn er manieren om het microbioom te herstellen, maar grijp niet te snel naar antibiotica.”

De themadag ‘Mens, mond en microbioom’ vindt op 5 oktober 2019 plaats bij ACTA in Amsterdam. Wilt u meer informatie over deze themadag? Of wilt u zich inschrijven? Kijk dan op www.qualitypractice.nl. ■

Programma	
9:00	Ontvangst en registratie
9:30	Welkom en huishoudelijke mededelingen door ACTA Dental Education
9:35	Inleiding: Het microbioom…? door Bastiaan Krom
9:50	Lezing 1: ‘Microbioom en gezondheid (darm-(algemene/mentale) gezondheid)’ door prof. dr. E.H.J.H.M. Claassen
10:50	Pauze
11:10	Lezing 2: ‘Orale microbioom en algemene gezondheid’ door prof. dr. Wim Crielaard
11:55	Lezing 3: ‘Ontwikkeling van het orale microbioom (van conceptie tot de dood)’ door Marije Kaan
12:40	Lunchpauze
13:25	Lezing 4: ‘Antibiotica en je microbioom (langdurige effecten AB op groei en ontwikkeling)’ door prof. dr. Egija Zaura
14:10	Lezing 5: ‘Microbioomtransplantatie (fecal transplant)’ door M. Nieuwdorp
14:55	Pauze
15:15	Lezing 6: ‘Pre- en probiotica en je microbioom’ door Hans de Soet
16:00	Afsluitende opmerkingen over jij en je microbioom door Bastiaan Krom
16:15	Borrel

ADVERTENTIE

Column

Reinier van de Vrie

Sporen nalaten

Wist u dat vrouwen in de Middeleeuwen meewerkten aan de productie van geïllustreerde manuscripten? Ja, natuurlijk gewoon nonnen die een beetje zaten te kleuren en tekenen in religieuze teksten. Waarschijnlijk uit verveling. Ze waren toch vroeg uit bed. De ochtendmis was achter de rug, de moestuin gedaan en de gewassen onderpijen hingen aan de lijn. Dus konden ze aan de slag om geschriften te kopiëren en op te leuken. Zoveel is duidelijk geworden uit Duits en Amerikaans speurwerk. De onderzoekers ontdekten lapis lazuli-pigmenten in het tandsteen van een vrouw die begraven lag op het kerkhof van een 12e-eeuws Duits klooster. Dat suggereerde volgens hen dat de vrouw met deze kostbare kleur religieuze teksten illustreerde. Dat leidden ze af uit de verdeling van het pigment in haar mond. Zeer waarschijnlijk heeft zij tijdens het schilderen met het penseel haar mond aangeraakt, waardoor het pigment in de calculus van de vrouw kwam. Zo zie je maar weer, lette je als penselende non in de twaalfde eeuw even niet op en kauwde je gedachteloos op je penseel, ben je negen eeuwen later opeens het bewijs dat vrouwen ook tekenden.

Ik stel het misschien wat badinerend, maar het is natuurlijk fantastisch dat onderzoekers tot dit soort ontdekkingen kunnen komen. Net zo mooi als dat er nu een moord opgelost lijkt te gaan worden op een man die in een Fries weiland dood werd aangetroffen na een festivalbezoek. Hoofdverdachte is zijn echtgenote, van wie de politie minutieus haar mobiele telefoongedrag heeft kunnen detecteren. Ze zei bijvoorbeeld dat haar telefoon die avonduren van de daad nauwelijks meer batterij had, terwijl het digitaal-technisch onderzoek uitwijst dat de batterij nog voor minstens veertig procent opgeladen was. Ze lijkt er gloeiend bij.

Zo komen we natuurlijk bij de vraag wat u tijdens patiëntenbehandeling en tussendoor allemaal met uw telefoon doet. Even met uw minnaar of minnares appen? Opzoeken hoe een wortelkanaalbehandeling ook alweer moest? Een boze mail sturen naar een zorgverzekeraar? Of gewoon een pizza bestellen? Natuurlijk allemaal heel onschuldig, maar dat kan opeens allemaal relevant worden als een patiënt een klacht tegen u indient. Ik zou die mobiel in het vervolg gewoon thuislaten. Voordat u het weet staat u over negen eeuwen te boek als de slechtste tandarts uit 2019 die allemaal andere dingen deed dan verwacht van u mochten worden.

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist en tekstschrijver. Contact: r.vandevrie@congrescommunicatie.com. ■

Inschrijving ‘Tandartspraktijk van het jaar’ in volle gang

TEKST: IMELDA VAN DE WARDT

De 2020-editie van de verkiezing tot ‘Tandartspraktijk van het jaar’ staat voor de deur. Inmiddels hebben tientallen praktijken zich aangemeld. Twijfelt u nog en bent u benieuwd wat deelname aan de verkiezing voor uw praktijk betekent? Of heeft u zich opgegeven en wilt u weten wat de vervolgstappen zijn? *Dental Tribune* somt het voor u op.

De verkiezing tot ‘Tandartspraktijk van het jaar’ bestaat uit een aantal ronden. Ten eerste de voorselectie. Na de sluitingsdatum op 15 oktober 2019 ontvangen alle deelnemende praktijken het verzoek voor een schriftelijke korte pitch en foto’s van de praktijk. De geselecteerde praktijken zullen in de tweede ronde worden uitgedaagd met een pitch over zes aspecten die bij de beoordeling leidend zijn: patiënten, personeel, wet- en regelgeving, praktijkinrichting, bedrijfsstrategie en maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Acht praktijken worden genomineerd voor de derde ronde. Zij krijgen een vooraf aangekondigd bezoek van de prejury. “De sfeer was ontspannen en positief,” herinnert praktijkeigenaar van de ‘Tandartspraktijk van het jaar 2018’ Remco Scheringa zich. “De vijfkoppige jury heeft anderhalf uur met ons gesproken en door de praktijk gelopen. Ze wilden een gesprek met mij, de praktijkmanager en een aantal medewerkers op de werkvloer.”
Begin 2020 worden de drie finalisten bekendgemaakt. Zij kunnen bezoek van de officiële jury verwachten. De uiteindelijke winnaar wordt bepaald door een combinatie van een publieksstemming en het juryoordeel. De praktijk die tijdens Dental Expo 2020 in maart als winnaar uit de bus komt, mag zich vanaf dat moment presenteren als ‘Tandartspraktijk van het jaar 2020’.

Meedoen belangrijker dan winnen?

Deelname aan de verkiezing kan veel voor een praktijk betekenen. Het geeft een boost aan het teamgevoel onder het personeel en zorgt voor meer betrokkenheid bij patiënten. Sterker nog: een mooi resultaat in de verkiezing levert een praktijk nieuwe patiënten op. “De aandacht die we kregen, heeft er mede voor gezorgd dat onze praktijk de afgelopen tijd enorm gegroeid is. Het aantal aanmeldingen nam in een jaar tijd met 40% toe,” vertelt Peter Koelewijn, praktijkeigenaar en winnaar van de 2017-editie.
Kortom een perfect initiatief om de Nederlandse mondzorg positief op de kaart te zetten. Dat is ook nadrukkelijk de intentie van de grondleggers van de verkiezing. De verkiezing zorgt voor positieve publiciteit en draagt hiermee bij aan het imago van de tandheelkunde in het algemeen. Ook brengt deelname een proces van verbetering en innovatie in de tandartspraktijk op gang, aldus eerdere deelnemende praktijken. Het nodigt uit om kritisch naar het eigen handelen te kijken en bovengemiddeld te presteren. Een bijkomend voordeel van deelname is dat de eerste ronden anoniem verlopen. Als u in een vroeg stadium afvalt, krijgt niemand dat dus mee.

Elke onderscheidende praktijk maakt kans: groot of klein, stad of platteland. Dus heeft u een bijzonder verhaal, aansprekende opzet of een perfecte organisatie? Zijn de monden van uw patiënten in de beste handen? Of bent u gewoon trots op uw praktijk, en verdient deze het eens in het zonnetje gezet te worden? Uw praktijk aanmelden kan tot 15 oktober 2019 op www.tandartspraktijkvanhetjaar.nl. ■

ADVERTENTIE

Feiten & cijfers

76%

...van de Nederlanders betaalde in 2018 extra zorgkosten buiten de zorgverzekering en het eigen risico om.

Dat blijkt uit cijfers van Patiëntenfederatie Nederland, op basis van onderzoek onder bijna 8.000 respondenten. Er wordt bijbetaald voor onder andere medicatie, wondverzorgingsmiddelen, mondzorg, een bril of contactlenzen, hulpmiddelen en fysiotherapie. Volgens de patiëntenorganisatie leiden hoge kosten regelmatig tot uitstel van benodigde zorg. Ruim een kwart van de deelnemers geeft toe weleens te hebben afgezien van zorg om financiële redenen. Voor meer dan de helft van deze groep heeft dit medische gevolgen gehad. Zo hadden de respondenten last van pijn, hadden ze langer pijn of kregen ze meer klachten. Uit recent onderzoek van *RTL Nieuws* blijkt zelfs dat veel Nederlanders in ernstige financiële problemen komen door hoge zorgkosten.

Van de mensen die extra zorgkosten maakten, betaalde:
43% tussen de 100 en 150 euro aan extra zorgkosten.
33% tussen de 500 en 1500 euro aan extra zorgkosten.
13% tussen de 1500 en 5000 euro aan extra zorgkosten.

(bron: Patiëntenfederatie Nederland, RTL Nieuws)

Quiz

1. Het risico van ernstige napijn is na een endodontische behandeling het grootst als de patiënt ook al pijn had in de periode voorafgaand aan de endodontische behandeling.
a. Juist
b. Onjuist

2. Bij een lokaal, pijnlijk abces van endodontische oorsprong, waarbij geen koorts aanwezig is, is het voorschrijven van een antibioticum een goede methode om de pijn te bestrijden.
a. Juist
b. Onjuist

De antwoorden vindt u op pagina 22.

Nieuwe campagne hoe te handelen bij tandtrauma

UTRECHT In het geval van een tandtrauma bij een kind is het van groot belang dat direct de juiste zorg wordt verleend. Daarom lanceert de KNMT in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Endodontologie (NVvE) de campagne 'Tand eruit? Tand erin!'.

Ouders en verzorgers weten vaak niet hoe ze moeten handelen wanneer een kind tijdens het sporten, buitenspelen of stoeien een tand verliest. Daarom hebben de KNMT en NVvE een stappenplan opgesteld:

1. Pak de tand aan de bovenkant vast. Raak nooit de wortel aan! Spoel indien mogelijk de tand met wortel en al 10 seconden af onder koud stromend water.
2. Dep de tand niet droog en plaats hem onmiddellijk terug. Lukt dat niet, bewaar hem dan in melk of in de mond, bijvoorbeeld tussen de kiezen en wang.
3. Ga direct naar de tandarts.

Een melktand mag overigens nooit teruggeplaatst worden, aangezien dit schadelijk kan zijn voor het onderliggende element dat nog door moet komen. Het advies luidt wel om ook dan een tandarts te bezoeken.
De KNMT en NVvE zijn ervan overtuigd dat er meer blijvende tanden gered kunnen worden wanneer ouders en verzorgers weten wat ze moeten doen in het geval van een tandongeluk. De ervaring leert dat ouders en verzorgers in eerste instantie met het kind naar de spoedeisende hulp of huisarts gaan. Maar door het bezoeken van een onjuiste zorgverlener, gaat veel tijd verloren. Hoe sneller gehandeld wordt, hoe minder kans op blijvende schade.
"Alhoewel tandartsen veel patiënten zien met een tand eruit overkomt het je als individu hopelijk zelden", zegt KNMT-voorzitter Wolter Brands. "Het is dus vrij logisch dat mensen niet weten wat ze moeten doen. Het is belangrijk snel en goed te handelen: als je dat niet doet, kun je een tand kwijtraken. Daarom dragen wij deze boodschap zo nadrukkelijk uit. En dat zullen we blijven doen, want er staan steeds weer nieuwe trainers langs de sportvelden en er komen steeds weer nieuwe ouders bij."

> Door het bezoeken van een onjuiste zorgverlener, gaat veel tijd verloren

Tandartsen wordt verzocht hun patiënten te attenderen op de publiekscampagne. Op de voorlichtingswebsite Allesoverhetgebit.nl kan de A3-poster met het stappenplan gratis worden gedownload.
(bron: KNMT)

Mensen zoeken vaker naar mondzorg-informatie op internet

AMSTERDAM Mensen gaan steeds vaker zelfstandig op zoek naar informatie over dentale onderwerpen en antwoorden op het internet. Dat blijkt uit onderzoek van tandarts.nl naar het zoekgedrag van haar bezoekers. De website voorziet consumenten, in samenwerking met tandartsen en mondhygiënisten, van informatie over de mondzorg.

Tijdens het onderzoek werd data uit 2019 vergeleken met eerdere gegevens uit 2016. In het eerste halfjaar van 2016 werden 19.191 unieke zoekopdrachten uitgevoerd. In het eerste halfjaar van 2019 is dit opgelopen tot 20.071. Dit betekent een stijging van bijna 5%. Op de website werd het meest gezocht naar informatie over het kunstgebit. Ook waren er veel vragen over eventuele complicaties na het extraheren van een verstandskies, implantaten en kronen.
Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat er in januari zowel het meest naar tandheelkundige informatie wordt gezocht als de meeste tandartsafspraken worden gepland. Deze uitkomsten suggereren dat er mogelijk een relatie bestaat tussen het zoeken naar informatie en daadwerkelijk een tandarts bezoeken.
(bron: Tandarts.nl)

ADVERTENTIE

Tandarts-endodontoloog Marga Ree over herbehandelingen

“De restauratieve prognose van een element is bepalend”

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Halverwege het interview realiseert endodontoloog Marga Ree uit Purmerend zich opeens dat ze die week veertig jaar geleden haar tandartsdiploma in ontvangst mocht nemen. Na twintig jaar als algemeen practicus en evenzoveel jaar als endodontoloog heeft ze heel wat wortelkanaalbehandelingen en herbehandelingen gedaan. Als een van de meest deskundigen op dit gebied weet ze als geen ander wat er mis kan gaan. Ze deelt haar kennis graag in publicaties en op congressen. En in dit interview met *Dental Tribune*.

Nog voordat de interviewer een vraag kan stellen, begint Marga Ree al te vertellen over een telefoontje dat ze onlangs van RTL4 kreeg over klachten van patiënten. Na wat speurwerk concludeerde de verslaggeefster dat wortelkanaalbehandelingen een substantieel deel van die klachten uitmaken. Ree: “Ze kwamen bij mij omdat ik in 2009 een artikel heb geschreven voor het *NTvT* over risico-inventarisatie van endodontische behandelingen. RTL4 vroeg me waarom tandartsen wortelkanaalbehandelingen doen waarvoor ze eigenlijk niet voldoende ervaring hebben. Zouden ze niet beter eerder moeten verwijzen, zodat problemen voorkomen kunnen worden? Ik kon niet anders dan dat beamen. Als tandartsen de complexiteit van een initiële behandeling beter konden inschatten, zouden er veel minder herbehandelingen nodig zijn. Sommige tandartsen denken dat ze alleen maar kunnen verwijzen nadat ze het eerst zelf hebben geprobeerd, of nadat er iets is misgegaan. Maar de meeste endodontologen vinden het prima om initiële behandelingen doen.”

Beginnen tandartsen te snel aan een herbehandeling?

Ja, er wordt vaak te snel begonnen zonder te onderkennen wat de haken en ogen zijn. Dat je iets wilt doen om een patiënt van zijn klachten af te helpen is uiteraard begrijpelijk. Maar soms is het beter om eerst aan de hand van foto’s en onderzoek bij jezelf te rade te gaan of je aan een herbehandeling moet beginnen of dat je beter meteen kunt verwijzen. Probeer vast te stellen waarom de initiële endo niet goed is gegaan, en vraag jezelf af of je een beter behandelresultaat kunt bewerkstelligen. Je moet een patiënt vertellen wat de kans op een succesvol resultaat is als de herbehandeling wordt uitgevoerd door een gespecialiseerde tandarts, iemand die er zijn dagelijks werk van gemaakt heeft. Geef ook andere opties aan, bijvoorbeeld een extractie en eventueel een implantaat. Dan kun je de patiënt laten kiezen. Die conversatie zou bij de eigen tandarts plaats moeten vinden.

Die conversatie vindt te weinig plaats?

Al zeker een jaar of tien merk ik dat. Vroeger hadden meer tandartsen een langdurige relatie met hun patiënten en kenden ze hen van a tot z. Bij een verwijzing was zo’n patiënt goed ingelicht. Zeker de jongere tandartsen bij ketens blijven nu veel minder lang op één plek, waardoor patiënten sneller van tandarts wisselen. Ik vraag patiënten altijd eerst of de tandarts heeft gesproken over de reden waarom ze naar mij zijn verwezen. Een goed ingelichte patiënt weet dat en weet wat hij kan verwachten en wat de kosten zijn. Maar er zijn ook patiënten die een lijstje met endodontologen mee hebben gekregen van de assistent. Die mensen hebben eigenlijk geen idee waarom ze bij mij moeten zijn. Als endodontoloog neem je dan de taak van de tandarts over, terwijl die de regie had moet houden. Als ik voor meer inlichtingen een praktijk benader, is het niet altijd eenvoudig om informatie te krijgen. De patiënt-tandartsrelatie is jammer genoeg anoniemer geworden. Ongeveer eenderde van mijn consulten leidt niet tot een behandeling, meestal omdat de patiënt in eerste instantie over te weinig informatie beschikte om een keus te kunnen maken, en er alsnog van afziet. Dit is ook het geval bij mijn collega-endodontologen. Patiënten hebben behoefte aan een duidelijke visie en duidelijke voorlichting.

Is het dan niet het meest logisch zo’n patiënt direct terug te verwijzen naar zijn tandarts?

Dat zou eigenlijk moeten, maar je helpt een patiënt er niet mee. Als er geen zorg- of behandelplan is, stuur ik mensen niet terug, maar zeg ik dat ik eerst ga overleggen met hun tandarts. Soms is er wel een plan, maar is de patiënt er niet van op de hoogte, of wordt dat niet in de verwijsbrief vermeld. Gelukkig zijn er ook veel praktijken die voorlichting en communicatie wel hoog in het vaandel hebben staan.

Zou het anderzijds voor de samenwerking en communicatie niet veel logischer zijn om endodontologen veel meer te integreren in groepspraktijken?

Marga Ree: “Als tandartsen de complexiteit van een initiële behandeling beter konden inschatten, zouden er veel minder herbehandelingen nodig zijn.” FOTO: RTL NIEUWS

Ik denk dat het de patiëntenzorg ten goede komt als meerdere disciplines in één praktijk zitten. Je hebt dan korte lijnen. Ik denk dat de tijd van de solist en solistische specialist wel voorbij is. Je moet aan zoveel regelgeving voldoen. Het lukt je gewoon niet meer om in je eentje een praktijk te managen naast de patiëntenbehandeling.

> Zou ik door mezelf behandeld willen worden?

Waarom gaat een initiële endo niet goed en moet er een herbehandeling plaatsvinden?

Bijvoorbeeld omdat er een kanaal is gemist. In een element moet je een relatief kleine opening prepareren om op de bodem van de pulpakamer de kanaalingangen te vinden. Die zijn vaak niet goed te zien, bijvoorbeeld door calcificatie. Zeker als je er niet zo ervaren in bent en niet met vergroting werkt, wordt het moeilijk. Een Zweeds artikel dat onlangs is verschenen over dit onderwerp heeft als titel *Working in the dark*. Dat is wat veel tandartsen ervaren. Ik herken dat uit mijn eerste jaren als algemeen practicus, toen een wortelkanaalbehandeling voor mij ook iets mystieks was. Het was vrij onvoorspelbaar, soms ging het goed, soms fout. Ik kon toen ook niet exact de vinger leggen op waarom het ene geval wel en het andere geval niet goed ging. Het ontbrak me aan kennis, ervaring en inzicht. Wat ook regelmatig misgaat, is dat kanalen niet tot het apicale deel worden gereinigd en gevuld. Een heikel punt is verder dat er niet altijd rubberdam wordt gebruikt, waardoor onder andere contaminatie plaatsvindt met mondbacteriën. Je moet zorgvuldig werken, maar dat geldt voor de hele tandheelkunde. Een composietvulling laat ook los als er vocht bij is gekomen tijdens het aanbrengen.

Hoe kun je dit soort dingen voorkomen?

Je kunt het vergelijken met een verbouwing. Goede vakmensen denken vooraf na wat ze tegen kunnen komen. Die gaan niet slopen en zien wel waar het schip strandt. Die hebben een plan a en een plan b. Die gaan stap voor stap aan het werk en hebben een overzicht van waar ze naartoe willen. Zo moet het ook met de tandarts. Je best doen en er maar het beste van hopen, is niet voldoende. Je moet jezelf er ook de tijd voor gunnen. Je moet niet de druk voelen van de volgende patiënt in de wachtkamer. Bovenmolaren of tweede ondermolaren zijn vaak ook lastig toegankelijk. Dat doe ik ook niet zomaar even. Je moet over de combinatie beschikken van niet te snel opgeven, geduldig maar ook doelgericht zijn, en passie voor je vak hebben. De algemeen practicus moet zelf selecteren welke initiële behandelingen en herbehandelingen hij zelf kan doen. Daarvoor moet je zelfkennis hebben en eerlijk zijn tegenover jezelf. Een cruciale vraag is: ‘Zou ik door mezelf behandeld willen worden?’ Maar er gaat natuurlijk ook best veel goed. Als endodontoloog zie ik alleen de lastige gecompliceerde gevallen en de dingen die mis zijn gegaan.

Kun je altijd goed bepalen of je wel een herbehandeling moet doen?

Ik twijfel vaak. Niet of een herbehandeling kan, maar wel over de prognose van het element. Elementen met een wortelkanaalbehandeling falen zelden vanwege een endodontisch probleem. Heel vaak voldoet een restauratie niet of komt die los. Een element kan ook te weinig tandmateriaal hebben. Kortom, te weinig structurele integriteit, zoals we dat noemen. Het gaat erom dat het element na 10-15 jaar nog steeds een goede conditie heeft. Ik kijk altijd eerst naar de restauratieve prognose van het element. Als die dubieus is of slecht is, adviseer ik vaak iets anders dan een herbehandeling. Soms ben je met een element uitbehandeld en bewijs je een patiënt geen dienst met een endo. Het is natuurlijk ook een hele investering. Bijna alles wat je doet, gaat een paar jaar mee. Maar je wilt een goede langetermijnprognose. Als er geen klachten zijn of geen dwingende redenen, moet je een herbehandeling dan wel doen? Een herbehandeling kan het element ook slechter maken. Dat heb ik ook moeten leren. In mijn beginperiode als endodontoloog deed ik veel meer heroïsche endodontische tandheelkunde: *herodontics*, noemen de Engelsen dat.

Wanneer is er sprake van een mislukte endo?

Wanneer is het een mislukking? Ik heb patiënten opgeroepen die ik in het begin van mijn carrière, 30-40 jaar geleden, heb behandeld met een wortelkanaalbehandeling. Het leuke is dat negentig procent van de circa 450 onderzochte behandelde elementen er met restauratie nog inzat, terwijl ik toen geen enkele ervaring had met endo’s. Natuurlijk zijn er in zo’n periode ook wel dingen misgegaan, maar als een element het na twintig jaar begeeft, moet je denk ik niet van een mislukking spreken. Dan heeft het element zijn dienst bewezen. Het is best een uniek onderzoek, omdat het over zo’n lange periode gaat. De resultaten heb ik onlangs gepresenteerd op een endocongres in de VS. Ik heb plannen om er binnenkort een artikel over te schrijven.

Hoelang moet een element mee kunnen na een endo?

Zeker tien jaar. Maar garantie geven is lastig, omdat er ook dingen zijn

Lees verder op pagina 8

1 november 2019

Het congres ‘Endodontische herbehandeling – Van indicatie tot praktische uitvoering, wordt op 1 november georganiseerd door Bureau Kalker in RAI Congrescentrum Amsterdam.
Meer informatie:
www.herbehandeling.nl

EDGEENDO

PERFORMANCE.PRICE.TECHNOLOGY

THE SMART MOVE

HENRY SCHEIN® DENTAL | Rely on Us™

Bestel online via www.henryschein.nl & telefonisch via 036 53 58 601

Vervolg van pagina 6

waar je geen invloed op uit kunt oefenen. Die termijn kan korter zijn bij bijvoorbeeld kinderen waar een implantaat nog niet mogelijk is of bij medisch gecompromitteerde patiënten.

Wat is de insteek van uw lezingen op het congres over de herbehandeling op 1 november?

Vaak denkt een tandarts dat het een te groot risico is om een herbehandeling te doen bij een element met een wortelstift. Maar met een stapsgewijze benadering is het heel goed mogelijk die stift te verwijderen. Ik laat ook zien hoe een herbehandeling wordt gedaan. Ik doe die altijd in meerdere zittingen. Eerst de ontmanteling: kroon eraf, stift eruit, eventueel verwijdering van afgebroken instrument, wortelkanaalvulling eruit. Dan heb je goed zicht op de kies en weet je wat de structurele integriteit is en kun je een prognose maken. Dan reinig ik en vul ik het element tijdelijk met calciumhydroxide. Als de patiënt na ongeveer vier weken terugkomt ga ik na hoe het met de klachten zit. Dat geeft feedback over de eerste zitting en zegt iets over het genezingsproces. Dat is zeker belangrijk bij een vooraf dubieus element. Ik ga pas verder bij groen licht. In het slechtste geval kan er toch extractie volgen na zo'n eerste zitting. Gelukkig gebeurt dat zelden. Maar mensen begrijpen dat als je ze meegenomen hebt in het beslisproces en als ze daar akkoord mee zijn gegaan.

Wat doe je met een kroon?

Een kroon van goede kwaliteit probeer ik te behouden. Ik neem een kroon er bij voorkeur af. In de ideale wereld verwijder je alle restauraties voordat je een herbehandeling doet om goed zicht te krijgen op het element en de structurele integriteit. Om de kroon te kunnen terugplaatsen moet die goed passen en aansluiten. De randjes van de kroon moeten gaaf zijn en de kroonrand moet niet beschadigd zijn. Het hangt ook van het materiaal af. Een porseleinen of keramische kroon kun je er meestal niet heel aftikken. Bij een kroon met een metalen onderstructuur lukt dat meestal wel. Als er veel cariës onder de kroon zit en je veel tandmateriaal weg moet boren kun je de kroon niet meer passend krijgen.

Wat valt er te verwachten op het congres?

Francesco Mannocci komt spreken over de risico's en voordelen van de herbehandeling. Dus de focus op wat er mis kan gaan. Michiel de Cleen gaat het hebben over de indicatie voor de herbehandeling en over de obstakels en hindernissen bij het opnieuw reinigen en vullen van kanalen. En zelf spreek ik over de herbehandeling van gekroonde elementen en over een succesvolle prognose na de herbehandeling. Iedereen die geïnteresseerd is in tandheelkunde kan van dit congres wat opsteken, want het gaat niet alleen om de wortelkanaalbehandeling, je ziet ook de mogelijkheden die er zijn, en je leert een betere afweging te maken om iemand wel of niet in te sturen. Met de opgedane kennis sta je denk ik zekerder in je schoenen, of je nu wel of niet een herbehandeling zelf doet. ■

Endodontische herbehandeling van 3 bovenincisieven met een 10-jarige follow-up

TEKST: MARGA REE

De 12, 11 en 21 zijn jaren geleden van wortelkanaalbehandelingen en kronen voorzien. De betreffende elementen zijn meer dan eens herbehandeld en opnieuw gekroond. Er is ook apicale chirurgie uitgevoerd, echter zonder blijvend resultaat. De kronen komen steeds los, er zit een fistel buccaal van de 11 en er zijn radiolucenties zichtbaar aan de 11 en 12. Dit laatste element is apicaal geperforeerd. Tot slot valt op dat de distale kroonrand van de 21 zeer diep onder de gingiva ligt, waardoor de biologische breedte wordt geschonden, hetgeen te zien is aan de gingivitis ter plaatse. De patiënt is ontevreden over de frontkronen en wil deze laten vervangen.

Om de restauratieve prognose te beoordelen wordt besloten de bestaande kronen en opbouwen te verwijderen. Dit laatste is gedaan met behulp van ultrageluid en een stiftentrekker. Er blijkt onvoldoende coronaal dentine aanwezig te zijn om een ferrule te creëren, en er wordt besloten om een kroonverlenging te doen door middel van orthodontische extrusie. Eerst worden de kanaalvullingen verwijderd, de elementen opnieuw geprepareerd en van calciumhydroxide voorzien. Als de fistel verdwenen is wordt element 11 met MTA gevuld, omdat de apicale diameter door een apexresectie in het verleden zeer wijd is. Ook de perforatie in de 12 wordt met MTA gevuld. Daarna worden in alle incisieven glasvezelstiften gecementeerd en worden de 11 en 21 van een composietopbouw voorzien. Met orthodontische extrusie van de 21 wordt een kroonverlenging bewerkstelligd. Daarna worden de elementen van nieuwe kronen voorzien. Twee jaar na de behandeling zijn de radiolucenties verdwenen. Ook is de ongunstige parodontale situatie bij de 21 sterk verbeterd, hetgeen te zien is aan de gezonde gingiva. De 2 sagittale doorsneden van een cone beam computed tomography (CBCT) laten zien dat de kanaalvullingen en wortelstiften naadloos op elkaar aansluiten en de radiolucenties verdwenen zijn. Ook een langetermijncontrole na 10 jaar laat een goed functionerend en gezond bovenfront zien.

Noot van de redactie: een deel van deze casus is eerder verschenen in het nascholingsprogramma *Restaureren na endodontische behandeling* (AccreDidact, 2012). ■

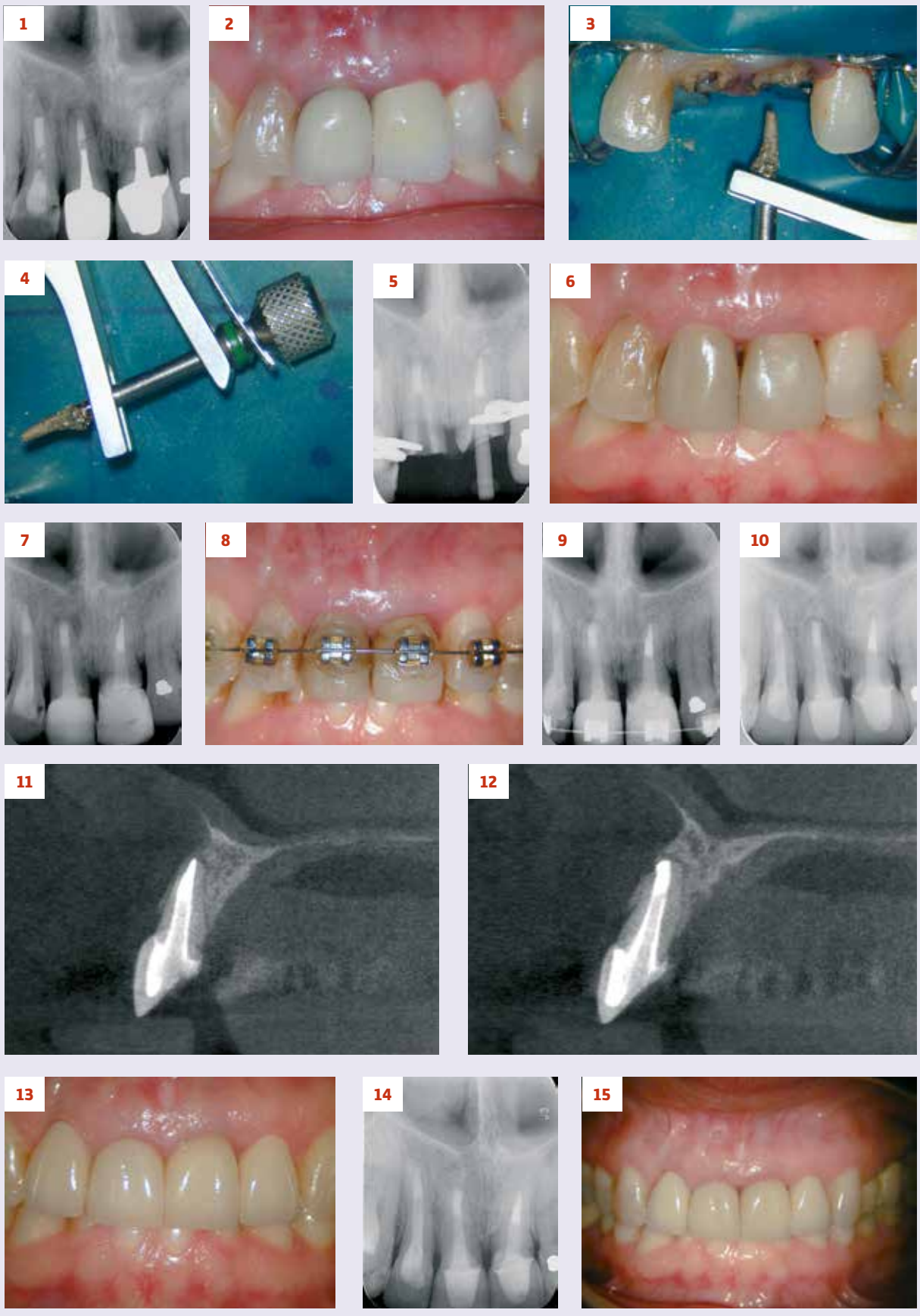

Fig.1: Pre-operatieve röntgenfoto, radiolucenties aan de 12 en 11.
Fig.2: Buccaal aanzicht, fistel buccaal van de 11 en gingivitis ter plaatse van de 21.
Fig.3: Met een stiftentrekker wordt de gegoten stiftopbouw verwijderd.
Fig.4: Detail van de stiftentrekker.
Fig.5: Na aanbrengen van de kanaalvulling wordt een glasvezelstift gepast.
Fig.6: De composietopbouwen in de 12, 11 en 21 met glasvezelstiften.
Fig.7: Eindfoto van de kanaalvullingen en opbouwen met glasvezelstiften.
Fig.8: Orthodontische extrusie van de 21.
Fig.9: Zes maanden later zijn de radiolucenties al aanmerkelijk in grootte afgenomen.
Fig. 10: Follow-up na twee jaar, de radiolucenties zijn verdwenen.
Fig.11 en fig. 12: Sagittale doorsnedes van de CBCT van de 11 en 21 na twee jaar.
Fig.13: Klinische foto na twee jaar.
Fig.14: Röntgenologische follow-up na 10 jaar.
Fig.15: Klinische foto na 10 jaar toont een gezonde gingiva.

Dr. Roberto Cristescu over het begin van een endodontische behandeling

“Verkeerde start kan vervolgprocedure bemoeilijken”

TEKST: IMELDA VAN DE WARDT

Het begin van een endodontische behandeling omvat meer dan ‘slechts’ het element openen. Zo wordt onder andere de differentiaaldiagnose gesteld, de moeilijkheidsgraad ingeschat en de occlusie nagelopen. Wat maakt ‘de endostart’ zo complex? En wat gaat er mis in de praktijk? In dat kader organiseert de Nederlandse Vereniging voor Endodontologie (NVvE) op 12 oktober het najaarscongres ‘De Endostart’. *Dental Tribune* blikt vooruit met tandarts-endodontoloog dr. Roberto Cristescu, spreker op het congres.

Dr. Roberto Cristescu.

Wat maakt de ‘endostart’ zo complex?
Een verkeerd begin van een endodontische behandeling, ook wel de endostart genoemd, kan het vervolg van de procedure vermoeilijken. Wanneer de tweede molaar van de bovenkaak (17 of 27) bijvoorbeeld te ver naar distaal geopend wordt, verkleint dat de kans om een mesiobuccaal wortelkanaal te vinden. Indien er te ver naar distaal wordt geboord, kan het element zelfs perforeren. De diagnose en het behandelplan veranderen indien de endodontische start niet optimaal wordt uitgevoerd.

> Er wordt nog te vaak onjuist gediagnostiseerd

Bij de endostart is het van belang dat een patiënt een correcte diagnose en efficiënte anesthesie krijgt. Ook moet de opening van de pulpakamer voldoende worden geprepareerd. De juiste kennis, genoeg tijd, een scherpe focus en het juiste instrumentarium is noodzakelijk om tot het gewenste resultaat te komen. Ik denk dat het daarom heel belangrijk is dat zowel de tandarts als het gehele mondzorgteam over voldoende kennis beschikt om een endodontische behandeling tot een goed eind te brengen.

Hoe belangrijk is het begin van de endodontische behandeling voor het uiteindelijke resultaat?
Het gewenste eindresultaat is een pijnvrij element, dat idealiter levenslang optimaal functioneert. Als vooraf de diagnose niet accuraat gesteld is en de bron van de pijn niet correct geïdentificeerd wordt, blijft de patiënt na de endodontische behandeling dezelfde klachten houden. Indien een endodontische pathologie is gediagnosticeerd in plaats van een parodontaal probleem, is je endostart op voorhand al mislukt. De patiënt wordt immers niet aan zijn klachten geholpen. Het gewenste resultaat zal in zo’n geval niet worden bereikt.

In een eerder interview van *Dental Tribune* stelde tandarts-endodontoloog Jan Warnsinck dat tandartsen vaak te weinig tijd besteden aan het maken van de opening. Wat is uw visie hierop?
Tandartsen hebben vaak een volle agenda en daarnaast veel administratieve taken. Als tandarts werk je in hoog tempo en sta je soms onder tijdsdruk. Dan vergeet je tijd te nemen om alle kanalen van een molaar te identificeren en prepareren.

Schiet de kennis van tandartsen over het begin van een endodontische behandeling tekort?
Waar de ene tandarts één endodontische behandeling per maand uitvoert, doet de ander er vijf per dag. Dit is afhankelijk van de dentale status van de patiënten. In sommige praktijken worden weinig patiënten met gerestaureerde elementen behandeld, waardoor endodontische behandelingen minder aan de orde zullen komen. Maar wanneer de beslissing wordt genomen om een endodontische behandeling te starten, is het voor alle tandartsen belangrijk om dit voor de patiënt veilig te laten verlopen. De procedure moet daarom volgens de actuele standaard worden gedaan.

Wat zijn valkuilen bij het begin van een wortelkanaalbehandeling?
Naast het stellen van een juiste diagnose en het prepareren van een endodontische opening, moet het belang van anesthesie niet vergeten worden. Het bereiken van voldoende anesthesie bij een irreversibele pulpitis van een onderkaakmolaar kent een relatief laag slagingspercentage. Hier moet de tandarts rekening mee houden tijdens het diagnosticeren. Bij een lastig te verdoven element met een irreversibele pulpitis in de onderkaak is meer tijd en soms ook meer anesthesie nodig dan gebruikelijk. Wanneer het element onvoldoende verdoofd is, blijft de patiënt mogelijk achter met een traumatische ervaring.

Wat is de rode draad van uw lezing tijdens het NVvE-congres ‘De Endostart’?
Het is van belang om orde te scheppen in de onvoorspelbare wereld van de tandheelkunde. Als tandarts weet je niet precies hoeveel dagen de napijn voor een patiënt zal duren. Wel weet je waar je de occlusale opening bij een bovenkaakpremolaar met een MO-composietvulling moet prepareren. We kunnen nog geen histologische diagnose van de pulpastatus stellen, maar we weten wel welke klinische testen uitgevoerd moeten worden voordat we een endodontische behandeling kunnen starten. Ik wil tandartsen tijdens mijn lezing een simpel en betrouwbaar algoritme voorleggen, dat bijdraagt aan het diagnosticeren van endodontische spoedgevallen en het nauwkeuriger uitvoeren van endodontische openingen.

U bespreekt in uw lezing specifiek de endostart bij spoedgevallen. Wat maakt een endodontisch spoedgeval complex?
Als tandarts werk je volgens een gepland dagschema, met afspraken en een vastgestelde tijdsduur per behandeling of consult. Een spoedgeval verstoort het gebruikelijke ritme. Vaak vindt een spoedgeval aan het einde van de dag plaats, wanneer het mondzorgteam vermoeid is. Je weet als tandarts van tevoren niet precies wat er met de patiënt aan de hand is. Daarnaast is er minder tijd om een procedure uit te voeren. Soms zijn er slechts dertig of vijftien minuten aan het einde van de dag beschikbaar om een goede diagnose te stellen, voldoende anesthetica toe te dienen en een ideale endodontische opening uit te voeren. De patiënt heeft vaak hoge verwachtingen en wil zo snel mogelijk, zo niet meteen, pijnvrij worden gemaakt.

> De juiste kennis, genoeg tijd, een scherpe focus en het juiste instrumentarium is noodzakelijk om tot het gewenste resultaat te komen

Hoe krijgt u de patiënt zo snel mogelijk pijnvrij?
Gelukkig is de endodontische pathologie geen langdurige pijnlijke pathologie zoals de diagnose van een trigeminusneuralgie. Een episode van acute pijnlijke parodontitis apicalis veroorzaakt gedurende drie maanden geen dagelijkse pijn. Hetzelfde geldt voor een irreversibele pulpitis. De pijn duurt over het algemeen een paar dagen tot een week. De patiënt verwacht dat een klacht, en de daarmee gepaard gaande pijn, meteen weg is na het uitvoeren van de procedure. Het menselijk lichaam werkt zo echter niet. Daarom is communicatie met de patiënt belangrijk. Bespreek de klacht, leg de pathologie en het behandelplan uit, maar bespreek ook de verwachtingen. Dankzij een goede diagnose van het endodontisch spoedgeval (pijnlijke irreversibele pulpitis, pijnlijke parodontitis apicalis of een apicaal abces), het uitvoeren van een optimale endostart en met behulp van postoperatieve medicatie kunnen wij op een betrouwbare en voorspelbare manier de levenskwaliteit van de patiënt verhogen.

Wat ziet u in de praktijk vaak misgaan?
Patiënten worden regelmatig naar ons doorverwezen met endodontische spoedgevallen. Cijfers uit onze praktijk wijzen uit dat ‘slechts’ 70% van deze spoedgevallen een endodontische oorzaak heeft. Dat betekent dat er nog te vaak onjuist wordt gediagnostiseerd.

Waar moet rekening mee gehouden worden bij het stellen van de diagnose?
Ten eerste een goede anamnese. Luister aandachtig naar de klachten van de patiënt. Wanneer hij vertelt over een pijnlijk element bij kou, moet je eerste focus liggen op een niet-endodontisch behandeld element met eventueel een diepe restauratie of gingivale recessie. En niet op een periapicale lucentie van een reeds endodontisch behandeld element. Ten tweede moeten er diverse endodontische testen worden uitgevoerd, waaronder vitaliteitstesten, percussie, palpatie en een pocketmeting. Ten derde proberen we het klinische beeld zo nauwkeurig mogelijk in het kader van een endodontische pathologie te plaatsen. Probeer deze volgorde aan te houden. Denk niet eerst aan een bepaalde endodontische pathologie om door middel van testen te kijken of de klachten bij deze pathologie horen.

Welke boodschap drukt u elke tandarts op het hart?
Besteed indien mogelijk meer tijd aan een endodontische spoedbehandeling en voer de procedure rustig uit.

Wilt u meer weten over het begin van een endodontische behandeling? Bezoek op zaterdag 12 oktober 2019 het NVvE-najaarscongres ‘De Endostart’ in Hotel Okura Amsterdam. Zie voor meer informatie www.nvve.com. ■

Biografie

Roberto Cristescu studeerde in 2004 af als tandarts aan de Carol Davila University in Boekarest, Roemenië. In 2006 behaalde hij zijn master in Biomaterialen aan de Politehnica University of Bucharest. Na zijn afstuderen heeft hij enkele maanden endodontische kennis opgedaan in de Verenigde staten, om zich vervolgens aan ACTA te differentiëren tot tandarts-endodontoloog. Cristescu is erkend endodontoloog door de Nederlandse Vereniging voor Endodontologie en is Certified Member of the European Society for Endodontology. Daarnaast is hij International Member of the American Association of Endodontists en heeft hij diverse artikelen in endodontische tijdschriften gepubliceerd. In 2014 richtte Cristescu het onafhankelijke Educational Platform in Endodontology op, waar hij regelmatig in binnen- en buitenland cursussen over geeft.