

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

JULI 2011

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 1 | NUMMER 5



Zwarte lijst
Chip in beugel
Smokkelen met
beugeldragen verleden tijd
voor pubers
Pagina 3



Early childhood caries
Doorbraak in onderzoek
naar oorzaken

Pagina 15



Dentale stamcellen
Introductie kwestie van
tijd

Pagina 17

Mondzorg bij jong en oud: alarmbel klinkt



Het poetsgedrag van kinderen (en het toezicht daarop door de ouders) is vaak voor verbetering vatbaar.

VAN DE REDACTIE

De mondgezondheid van Nederlandse kinderen staat momenteel sterk in de belangstelling. Vanuit de beroepsgroep klinken alarmerende signalen. Zo moeten kaakchirurgen steeds vaker hele melkgebitten trekken vanwege verregaand tandbederf.

In dit nummer (zie pagina 4-7) gaat Martine van Gemert-Schriks, tandarts-pedodontologie

en vice-voorzitter van de NVvK, nader op dit probleem in. Zij betreurt het dat soms pas wordt ingegrepen als de ouders wakker liggen van de kiespijn van hun kind. "Mondzorg loopt dan achter de feiten aan. Poetsen en aandacht voor voedingspatronen moet net zo vanzelfsprekend worden als aankleden en douchen voor het naar school gaan."

Als een kleuter in de tandartsstoel plaatsneemt, is vaak weinig

aandacht voor de oorzaken van cariës. Van Gemert-Schriks: "In de discussie over cariësbehandeling mis ik de context van het individuele kind."

Verder in dit nummer onder meer een casus over agenetische premolaren bij kinderen en een doorbraak in het onderzoek naar de oorzaken van Early Childhood Caries (pagina 15).

De vergrijzing stelt de mondzorg in Nederland voor nieuwe uitdagingen. Terwijl het aantal 65-plussers in twintig jaar zal verdubbelen, zijn er in Nederland slechts 36 gerodontologisch gespecialiseerde tandheelkundig specialisten, waarvan een deel binnen enkele jaren met pensioen gaat. Ook in de huidige situatie hebben zij hun handen meer dan vol. Zo trekt prof. dr. Rob Schaub in een interview met Dental Tribune (pagina 11-12) aan de bel over de situatie in verpleeghuizen. "Veel verpleeghuisbewoners hebben een slechte mondhygiëne: ze hebben ontstekingen van het tandvlees en tanden en kiezen die niet meer goed zijn. Maar tenzij de pijn ondraaglijk wordt, ziet men dat niet als een probleem. Dat is echt schrijnend." In het verpleeghuis ziet Schaub op het gebied van mondzorg veel ellende, maar volgens hem bestaan er bij thuiswonende ouderen vergelijkbare problemen.

Schaub acht een ware cultuuromslag nodig in de mondzorg voor deze kwetsbare bevolkingsgroep. "Een goed doordachte behandeling van ouderen past vaak niet goed in de bedrijfsvoering van tandartsen, die gefocust zijn op snelle verrichtingen. Daarnaast moet meer aandacht worden besteed aan de algemene gezondheid van de oudere patiënt."

Het Ivoren Kruis deelt de zorgen van Schaub en heeft in overleg met andere beroepsverenigingen besloten specifieke preventievoortlichting voor ouderen te ontwikkelen. Met hun activiteiten willen zij de boodschap 'Jazeker, ook u kunt ouder worden met behoud van een gezond gebit!' uitdragen. Doel van dit alles is om te komen tot wat Schaub 'levensloopbestendige mondzorg' noemt: "mondgezondheid die tegen een stootje kan." ■

Vlaamse tandartsen wijken uit naar Nederland

BRUSSEL - In de Belgische grensstreek met Nederland dreigt een tekort aan tandartsen. Dat komt doordat Vlaamse tandartsen steeds meer uitwijken naar Nederland. Ze kunnen daar kortere werktijden maken en krijgen toch beter betaald, aldus een woordvoerder van het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT).

Vooraf in de Kempen en Belgisch Limburg is de situatie volgens het VVT zorgwekkend. Het Verbond dringt aan op overheidsmaatregelen om het tekort op te vangen. Officiële cijfers ontbreken, maar volgens een schatting

van het VVT zijn er nog 7.800 tandartsen over in België. Een toename van groepspraktijken zou de werkdruk kunnen verlagen, aldus het VVT.

De Vlaamse tandarts Mark Geerdens besloot tien jaar geleden zijn heil te zoeken in Nederland. Dat was niet alleen vanwege een overschot aan tandartsen in België, maar vooral omdat ons land volgens hem een 'tandartsenparadijs' is. Geertens heeft hier kortere werktijden en een assistent, wat in België eerder uitzondering dan regel is. "Ik werd er moe van de hele tijd in m'n

teentje tussen die vier muren te zitten. Je hebt niemand tegen wie je kunt praten, behalve je patiënten."

Ook is er nu een aantrekkelijke financiële regeling voor tandartsen uit het buitenland, die Nederland ooit heeft ingesteld toen het zelf met een tandartsentekort kampte. 30% van het geld dat ze hier verdienen is belastingvrij. Per 1 januari komend jaar vervalt de regeling. Onduidelijk is in hoeverre dit van invloed zal zijn op de huidige situatie. (bron: nu.nl/De Pers) ■

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!

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

Stoppen met roken? Vraag het de tandarts

NIJMEGEN - Mondzorgprofessionals kunnen hun cliënten goed adviseren en begeleiden bij het stoppen met roken. Dat stelt tandarts-onderzoeker Josine Rosseel. Voor haar proefschrift onderzocht zij, begeleid door de afdeling IQ-healthcare van het UMC St Radboud, hoe advies en ondersteuning bij het stoppen met roken kan worden verbeterd door mondzorgprofessionals.



Josine Rosseel.

“Er moet een positieve cultuur rond advisering bij stoppen met roken ontstaan”

De nationale richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving bepleit een actieve preventieve rol van de tandheelkundige beroepsgroep. Dit omdat zij cliënten regelmatig zien en de cliënten veelal gezond zijn. Rosseel schrijft in haar promotieonderzoek dat mondgezondheidsklachten, bijvoorbeeld tandverkleuring en tandvleesproblemen, goede aanknopingspunten vormen voor de discussie over stoppen met roken.

Rosseel stelt vast dat feedback van patiënten mondzorgprofessionals stimuleert om de richtlijnen voor behandeling van tabaksverslaving beter na te leven. Ook ondersteuning van collega's beïnvloedt de advisering en ondersteuning positief, evenals de eigen overtuiging van mondzorgprofessionals. Sociale steun helpt hen meer advies en ondersteuning te geven. “Er moet een positieve cultuur ontstaan rond advisering bij stoppen met roken,” zegt Rosseel. Tandheelkundigen kiezen er soms voor het onderwerp niet aan te snijden, vanwege tijdgebrek of omdat zij bang zijn het vertrouwen van de cliënt te beschamen.

Rosseel ontwikkelde een stra-

tegie waarmee mondzorgprofessionals een actieve rol kunnen spelen in de preventie van tabaksverslaving. De strategie bestaat uit voorlichting aan de tandheelkundige beroepsgroep, terugkoppeling van patiënten en het creëren van een positieve (bedrijfs)cultuur rond het stoppen met roken. Ook het aanbieden van organisatorische interventies, zoals de mogelijkheid tot doorverwijzen naar een spe-

“De onderzoeksresultaten kunnen aanleiding zijn de huidige richtlijnen aan te passen”

cialist en het hanteren van protocollen, maakt deel uit van de strategie. De resultaten bevestigen dat advisering over en begeleiding bij stoppen met roken een grotere rol zou moeten spelen in de tandheelkundige praktijk. Volgens Rosseel kunnen haar onderzoeksresultaten aanleiding zijn de huidige richtlijnen aan te passen. (bron: UMC St Radboud) ■

Nederland werft Saudische tandheelkundestudenten

GRONINGEN - Vijf Nederlandse universiteiten gaan actief studenten genees- en tandheelkunde werven in Saudi-Arabië. De universiteiten van Maastricht, Leiden, Wageningen, Groningen en Twente hebben zich daarvoor verenigd in een consortium. De universiteiten van Groningen en Maastricht sturen in samenwerking met het ministerie van OCW een afgezant naar de Nederlandse ambassade in Riad die zich voor de werving gaat inzetten.

In Saudi-Arabië zijn te weinig opleidingsplaatsen aan universiteiten. Studenten worden daarom met een beurs van de overheid naar het buitenland gestuurd. In Groningen en Maastricht zijn sinds 2007 ongeveer 200 Saudische studenten begonnen. Deze groep kent echter flinke opstart- en aanpassingsproblemen.

“De groep kent flinke opstart- en aanpassingsproblemen”

Enige tijd geleden trok de Groninger Studentenbond (GSb) aan de bel over de situatie. De bond meldde op basis van eigen onderzoek onder de studenten dat het merendeel niet kon aarden door grote taal- en cultuurbarrières. Daarnaast kwamen de universiteiten hun beloften niet na, stelt de GSb. De studenten kwamen naar Nederland in de veronderstelling dat zij aan een volledig



Engelstalig bachelorprogramma zouden deelnemen. Bij aankomst bleek echter dat zij eerst aan een éénjarig ‘pre-medprogramma’ moesten deelnemen om onder andere Nederlands te leren. Ook zouden de universiteiten niet actief hebben meegeholpen in het zoeken naar huisvesting voor de Saudi's. Onder meer door deze problemen zouden ze maar weinig vorderingen in hun studie maken.

Remco Bezema, verantwoordelijk voor het programma met de Saudische studenten aan de Universiteit Groningen, verklaart tegen *Dental Tribune*: “Wij kunnen ons niet goed vinden in de berichtgeving over de problemen rond de Saudische studenten. Voor deelname aan onze opleiding tandheelkunde is inderdaad een goede beheersing van de Nederlandse taal vereist. Omdat ons éénjarige ‘pre-medprogramma’ onvoldoende bleek om deze op het gewenste niveau te krijgen, vragen wij nu een aantoonbaar NT2-2 niveau. Onze bachelor geneeskunde wordt wel volledig in het Engels aangeboden.”

Ook de omvang van het probleem moet volgens Bezema in perspectief worden geplaatst. “Op dit moment studeren bij ons vijf Saudische studenten tandheelkunde. Wij verwachten dat

dit er de komende jaren één of twee zullen zijn, gezien het verhoogde taalniveau. In de problemen rondom de huisvesting van de studenten herkennen wij ons niet. Het klopt dat een deel van de studenten om uiteenlopende redenen is afgehaakt, maar het merendeel studeert nog.”

“De komst van Saudische studenten lijkt lucratief voor universiteiten”

De universiteiten van Leiden, Twente en Wageningen willen nu ook opleidingsplaatsen aanbieden aan Saudi's. De komst van de studenten lijkt lucratief voor de universiteiten, want de Saudische overheid betaalt 32.000 euro per jaar per student. De studiematerialen moeten de studenten zelf betalen. In welke mate bestaat er een financiële motivatie voor het project? Bezema: “Enige jaren geleden hebben Nederlandse universiteiten een indicatie van de kosten voor een niet-EU-student gemaakt. Toen kwamen wij uit op 32.000 per jaar per student. Wij krijgen geen vergoeding voor de plaatsing van deze studenten van de Nederlandse overheid. Wel is het zo dat naarmate er meer niet-EU-studenten zijn, voordelen van schaalvergroting in werking treden. We worden er niet slechter van, maar ook niet veel beter.” (bron: NOS) ■

Hydrogels voor biomedische toepassingen

UTRECHT - Bepaalde hydrogels zijn zeer geschikt als afgiftesysteem voor eiwitten. Dat toont Laura Pescosolido aan in haar recent verschenen proefschrift. Ook blijkt dat de gels gebaseerd op hyaluronzuur goede eigenschappen bezitten voor het 3D-printen van biomaterialen die voor weefselregeneratie gebruikt kunnen worden.

“De gels bezitten goede eigenschappen voor het 3D-printen van biomaterialen voor weefselregeneratie”

Polysacchariden zijn biopolymeren met diverse eigenschappen die ze geschikt maken voor gebruik in de farmaceutische en biomedische sector, zoals in de tandheelkunde, orthopedische chirurgie, ‘tissue engineering’ en voor geneesmiddelenafgifte. Zowel met natuurlijke als chemisch gemodificeerde polysacchariden zijn driedimensionale hydrogels

te vormen die geneesmiddelen, therapeutische eiwitten en cellen kunnen insluiten.

Recent zijn hydrogels ontwikkeld die bestaan uit twee verschillende polymeernetwerken die in elkaar vervlochten zijn, de zogenaamde ‘interpenetrating networks’ (IPN's). Bij IPN's worden de gewenste eigenschappen van de afzonderlijke polymeernetwerken

benut om daarmee de uiteindelijke eigenschappen van de samengestelde hydrogel te verbeteren. Laura Pescosolido beschrijft in haar proefschrift IPN's en semi-IPN's op basis van alginaat, hyaluronzuur en (hydroxyethyl) gemethacryleerde dextraandervaten. (bron: Medicalfacts) ■

Uw reactie in Dental Tribune

Regelmatig ontvangen wij reacties van lezers voor plaatsing in *Dental Tribune*. In toekomstige edities zullen deze een vaste plek krijgen in de krant. Wij nodigen u hierbij van harte uit ons en andere lezers deelgenoot te maken van uw mening over uiteenlopende mondzorggerelateerde zaken, al dan niet naar aanleiding van een artikel in onze krant. Wij verzoeken u vriendelijk uw bijdrage te beperken tot maximaal 300 woorden. Wilt u een langere tekst aanleveren, dan raden wij u aan eerst met de redactie te overleggen. De redactie behoudt zich het recht voor ontvangen reacties te redigeren of in te korten, uiteraard in overleg met de auteur(s). Reacties en overige vragen kunt u richten aan redactie@dental-tribune.nl.

Wij zien uit naar uw bericht!

Redactie Dental Tribune

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
Willianne Kamerbeek
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.

HOI
PRINT

Nederlands
uitgeversverbond

© 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.

Schippers wil Europese zwarte lijst

DEN HAAG - Minister Edith Schippers (VVD) wil een Europese openbare zwarte lijst van (tand)artsen met een beroepsverbod. In Nederland staan geschorste zorgverleners al op zo'n zwarte lijst, waarop in de nabije toekomst ook boetes of berispingen vermeld zullen worden. Omdat dit in sommige andere Europese lidstaten niet het geval is, bestaat het risico dat in Nederland geschorste artsen hun beroep elders ongestoord kunnen uitoefenen.

Het voorstel van de Minister van VWS volgt na ophef over een Nederlandse vaatchirurg die in een Schots ziekenhuis werkte, terwijl hij in Nederland bij twee ziekenhuizen was weggestuurd. Eerder kwam de aan medicijnen verslaafde neuroloog Ernst Jan-



Minister Edith Schippers van VWS.

arts bekendgemaakt moet worden. Nadat de uitkomsten van dit onderzoek bekend werden, startte de Consumentenbond de campagne 'Kiezen moet kunnen' om een einde te maken aan de 'doofpotcultuur' in de medische sector.

“Momenteel bestaat het risico dat in Nederland geschorste artsen hun beroep elders ongestoord kunnen uitoefenen”

sen Steur in het nieuws, die in het Medisch Spectrum Twente jarenlang verkeerde diagnoses van ziektes als Alzheimer en Parkinson stelde. Steur liet zichzelf schrappen uit het artsenregister in Nederland, maar werkte vervolgens jarenlang in Duitsland. Dat was mogelijk omdat zijn antecedenten daar niet waren nagekomen. Deze incidenten versterkten de roep om coördinatie op Europees niveau. Van haar Europese collega's kreeg het voorstel van Schippers bijval.

In Nederland bestaat veel maatschappelijk draagvlak voor de openbaarheid van fouten door artsen, zo bleek onlangs uit een onderzoek van de Consumentenbond. Ruim driekwart van de consumenten vindt dat fouten van artsen openbaar moeten zijn, via de naam van het ziekenhuis. De noodzaak tot openbaarheid is voor een deel van de respondenten wel afhankelijk van de ernst van de medische misser. Als de tuchtrechter een uitspraak doet, vindt bijna 75% van de ondervraagden dat de naam van de

arts bekendgemaakt moet worden. Nadat de uitkomsten van dit onderzoek bekend werden, startte de Consumentenbond de campagne 'Kiezen moet kunnen' om een einde te maken aan de 'doofpotcultuur' in de medische sector. Toch vindt niet iedereen het opstellen van een dergelijke lijst een goed idee. "Het opstellen van een Europese zwarte lijst van artsen die slecht werk leveren heeft een averechts effect," betoogt prof. Jan Klein, hoogleraar Veiligheid in de Zorg. Samen met drs. Dirk de Korne, gezondheidswetenschapper bij het Oogziekenhuis Rotterdam, wijst hij op de negatieve ervaringen die met dergelijke lijsten in de VS zijn opgedaan. Daar heeft volgens Klein de "perverse juridisering" van de gezondheidszorg geleid tot "grote juridische afdelingen in ziekenhuizen, eindeloze administratie en toenemend micromanagement, terwijl de zorg zelf er niet door verbetert".

Klein en De Korn menen dat het echte veiligheidsprobleem niet bij het wel of niet bestaan van een zwarte lijst ligt. De werkelijke problemen zijn volgens hen onvoldoende kennis van risico's, slecht teamwerk, het niet melden van incidenten en een organisatiestructuur die fouten uitlokt. (bronnen: Trouw/BMG) ■

Tandzorg Assen krijgt bevel tot sluiting

DEN HAAG - De praktijk Tandzorg Assen is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor onbepaalde tijd gesloten.

De sluiting komt niet geheel uit de lucht vallen. In 2008 en 2009 bezocht de inspectie de praktijk al naar aanleiding van een melding. Tijdens een onaangekondigd bezoek in mei van dit jaar constateerde de IGZ ernstige tekortkomingen in onder meer het hygiënebeleid. Daarop werd de praktijk voor een week gesloten.

Nadat tijdens een tweede controle bleek dat de vastgestelde tekortkomingen onvoldoende waren verholpen, gooide de IGZ begin juni de deur voor onbepaalde tijd op slot.

Volgens een woordvoerder heeft de inspectie vastgesteld dat de veiligheid van en zorg aan de patiënten van Tandzorg Assen onvoldoende is gewaarborgd. "Dan kunnen wij maar één besluit nemen en dat is sluiting voor onbepaalde tijd." (bron: IGZ) ■

Miscea wint Hokwerda Award

ERMELO - Het 'Miscea Hygiëne Systeem' heeft tijdens het NMT jaarcongres 2011 de eerste Hokwerda Award gewonnen. De award wordt eens per twee jaar uitgereikt aan een persoon, instelling of organisatie die zich verdienstelijk heeft gemaakt voor het verbeteren van de beroepsuitoefening en arbeidsomstandigheden in de mondzorg.

Het Miscea Hygiëne Systeem

combineert water, zeep en desinfectans in één kraan die zonder aanraken te bedienen is. Het systeem komt op de markt in een periode waarin de aandacht voor infectiepreventie in de mondzorgpraktijk tot grote hoogte is gestegen. De award werd uitgereikt door de naamgever van de prijs, professor Oene Hokwerda, een internationale autoriteit op het gebied van ergono-

mie in de mondzorg. Het thema voor deze eerste prijsuitreiking was "het verbeteren van een ergonomische werkwijze". Het systeem van Miscea voldoet volgens de jury in drie opzichten aan de criteria voor ergonomie: het bevordert de veiligheid, vereenvoudigt het handelingspatroon en combineert verschillende functies in één systeem. (bron: NMT) ■

Chip in beugel houdt pubers in de gaten



Smokkelen met beugeldragen is verleden tijd met de chip van TheraMon.

AMSTERDAM - Speciaal voor pubers die hun beugel niet lang genoeg dragen, is een beugel met ingebouwde chip ontworpen. Door de chip via een apparaat uit te lezen, kan de orthodontist precies zien hoe vaak en hoe lang de beugel per dag in de mond is geweest. De beugelchip werkt op lichaamstemperatuur en is volgens de producent niet fraudegevoelig, bijvoorbeeld door het onder een warmtelamp te leggen. Verzekeraars zijn enthousiast en hebben besloten de chip te vergoeden.

Uit onderzoek van de Universiteit van Amsterdam blijkt dat kinderen hun (losse) beugel slechts vijf tot zes uur per dag dragen. De gemiddelde voorgeschreven tijd ligt op veertien uur.

“Ik merkte steeds vaker dat mensen niet eerlijk waren”

"Ik merkte steeds vaker dat mensen niet eerlijk waren," zegt tandarts Marco Pachon Y Steur, die de chip in Nederland introduceerde. "Soms had ik een uitgedroogd beugeltje voor me, waarvan ik zeker wist dat het nauwelijks was gedragen. Maar dan zei het kind ijskoud: 'Ja hoor, ik heb hem elke dag in gehad'. Ook de ouders bekeerden met droge ogen dat het zo was. Ik weet dat een deel van de tandartsen er niet eens aan begint hem voor te schrijven. Veel ouders lukte het ook niet hun kind te motiveren."

Samen met een Oostenrijk-

se producent ontwikkelde hij de TheraMon. Pubers die de chip gebruiken, lijken hun beugel langer te dragen dan ze voorheen deden, zegt Pachon. "Bij de controles staan ze gespannen voor het apparaat om te zien hoeveel ze gehaald hebben." In eerste instantie was hij bang dat ouders het als de beugelpolitie zouden zien. Maar in zijn praktijk, zegt hij, maakte geen enkele ouder bezwaar. Sterker nog: "Ze waren blij dat ze hun kind niet meer elke dag achter de broek hoefden te zitten." (bron: de Volkskrant) ■

Europese zwarte lijst vergroot angst voor Inspectie

Kan ik mijn enkeltje Valencia nog omboeken naar Bombay?



Hans

“Ik mis de context van het individuele kind”

Dr. Martine van Gemert-Schriks over cariës bij jonge kinderen



Dr. Martine van Gemert-Schriks

TEKST: JAN FRANKE

De zorgwekkende staat van de dentitie van Nederlandse kinderen haalde de afgelopen maanden veelvuldig het nieuws. Het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde publiceerde een geruchtmakend onderzoek van René Gruythuysen over het nut van het vullen van caviteiten bij jonge kinderen. Zelden hebben de media aandacht voor de achtergrond van de kinderen (en hun ouders) om wie het nu precies gaat. In dit interview met tandarts-pedodontologe en vice-voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde dr. Martine van Gemert-Schriks ruim aandacht voor deze omvangrijke en complexe problematiek.

Speelt het opleidingsniveau en de sociaalmaatschappelijke status van de ouders een rol in de frequentie en ernst van de aangestaste dentitie?

“Cariës bij kinderen komt in principe in alle lagen van de bevolking in alle gradaties voor. Er bestaan wel duidelijke risicogroepen. Vaak zijn het mensen van al-

lochtone afkomst of een heel laag opleidingsniveau die de weg naar mondzorg moeilijker kunnen vinden. Daarnaast bestaat er een groep mensen met zware gezinsproblematiek bij wie de toegang tot reguliere zorg soms ontbreekt of niet prioritair is. Niet zelden speelt ook bijvoorbeeld tandartsangst van de ouders een rol. Iedereen kan cariës krijgen.

Van de kinderen over wie het in het nieuws gaat, behoort wellicht een aanzienlijk deel tot sociaal zwakkere strata, maar er bestaat geen absoluut verband. Iedereen kan nu eenmaal cariës krijgen. Cariës discrimineert niet zonder meer naar kleur, opleiding of inkomen.”

In de berichtgeving wordt als belangrijke reden voor cariës bij kinderen vaak de relatief goede staat van de dentitie van hun ouders aangehaald. Omdat zij de cariësepidemie van de vorige eeuw niet hebben meegemaakt en zelf weinig gebitsproblemen

kennen, besteden zij weinig aandacht aan de dentitie van hun kinderen. Deelt u deze visie?

“Ja, dit nemen wij ook waar. Bij de generatie van mijn ouders was mondzorg sterk in beeld. De campagnes tegen cariës en tandbederf in de jaren '60 van de vorige eeuw hebben veel effect gehad. Mijn generatie kent daardoor weinig cariësproblemen. Algemeen geldt dat ouders die geen problemen hebben met hun gebit, ervan uitgaan dat hun kinderen die ook niet zullen hebben. Hierdoor weten ze niet goed wat er gebeurt als je een keer het poetsen bij de kinderen overslaat, of niet goed op hun voeding let. Een zekere nonchalance kan dan het gevolg zijn.

Toch vallen onder deze groep niet de extreme gevallen waarover wij nu lezen. In elk geval is het in de basis niet de oorzaak van het probleem. Die blijft liggen bij het poetsen en de voedingsgewoonten. En het te laat naar de tandheelkundige prak-

tijk gaan. Een kind kan een gaatje krijgen, en nog één en nog één. Cariës in het melkgebit kan snel progressief zijn, maar als men de eerste tekenen niet signaleert en het kindergebit uiteindelijk on-

problemen. Daar kun je van alles willen, maar de grenzen van de mogelijkheden zijn eerder bereikt of worden door beleidsmakers ernstig beperkt. Er is een evident gebrek aan mankracht en midde-

“Ouders die geen problemen hebben met hun gebit, gaan ervan uit dat hun kinderen die ook niet zullen hebben”

der narcose gesaneerd moet worden, zijn een aantal stadia gemist. Daarin draagt niet alleen de ouder verantwoordelijkheid.”

Is de situatie in de ons omringende landen vergelijkbaar?

“Er zijn binnen landen probleemgebieden en gebieden waar het heel goed gaat. De meeste Europese landen kennen een soortgelijke situatie als de onze. Het aantal gevallen van cariës ligt daar of veel hoger of veel lager, maar de problemen zijn in wezen hetzelfde. Ontwikkelingslanden zijn een ander verhaal. Daar zijn veel meer sociaal zwakke groepen en kampt men met andere

len. Bovendien speelt er vaak dermate veel andere problematiek dat tandheelkundige zorg geen prioriteit krijgt.

We kunnen veel leren van de landen om ons heen, bijvoorbeeld Denemarken. In het dorpje Nexø is een inmiddels welbekend preventieprogramma gestart: een Non-Operative Cariës Treatment Program. Doel is om kinderen zo lang mogelijk een gezond gebit te laten houden met zo weinig mogelijk middelen. Kinderen en hun ouders worden vrijwel vanaf de geboorte tot aan hun achttiende

“Cariës discrimineert niet zonder meer naar kleur, opleiding of inkomen”

> lees verder op pag 6

Quality Practice

Mondhygiëne

Topklinische nascholing voor mondhygiënist

Programma 2011/2012

Word nu lid en behaal
22 KRM-punten...

Infectiepreventie & Praktijkhygiëne: haalbare doelen voor de praktijk

Moderator: drs. Wilfred Moorer

Datum: zaterdag 12 november 2011

Preventie: onderkennen en ondervangen van risico

Moderator: Herman Wiegman

Data: zaterdag 28 januari 2012 & zaterdag 11 februari 2012

Gebitsslijtage: preventie, diagnostiek en behandeling

Moderator: prof. dr. Frank Lobbezoo

Datum: zaterdag 21 april 2012

Implantologie: mondzorg, voor, tijdens en na implanteren

Moderator: dr. Erik Blom

Datum: zaterdag 9 juni 2012

Voor meer informatie of aanmelden.
Kijk op www.qualitypractice.nl.
Of neem contact op met
mw. Reina Evendik op
telefoonnummer: 020-5980 645.
Mailen kan uiteraard ook:
r.evendik@acta.nl.

Quality Practice is onderdeel
van ACTA Dental Education B.V.,
Gustav Mahlerlaan 3004,
1081 LA Amsterdam.
Telefoon: 020-5980 645.
De algemene voorwaarden staan
vermeld op www.qualitypractice.nl.
Data onder voorbehoud.



Hogeschool
INHOLLAND
Amsterdam

ACTA
Dental Education bv

P
Prelum
uitgevers

www.qualitypractice.nl

> *vervolg van pagina 4*

gevolgd en op individuele basis intensief begeleid in hun mondverzorging. In een zeer overzichtelijke gemeenschap werkt dit heel goed en behalen ze fantastische resultaten. In Nederland kan dit niet zonder meer. Er is te weinig mankracht en de regionale en culturele verschillen zijn te groot. Wel moeten we de basisprincipes meenemen omdat er veel winst te behalen is. Maar de uitvoer en verantwoordelijkheid ligt niet alleen binnen de tandheelkundige praktijk. Ook scholen en consultatiebureaus kunnen een sterke spil zijn.

We moeten ook voor ogen houden dat een beetje cariës best mag blijven bestaan, al mag ik dat natuurlijk niet zeggen," lacht Van Gemert-Schriks.

Onlangs publiceerde uw collega René Gruythuysen een onderzoek waarin hij concludeerde dat het vullen van caviteiten bij jonge kinderen niet altijd noodzakelijk is. Gruythuysen pleit voor een minder-invasieve methode voor tijdelijke dentitie. Zijn opvattingen krijgen momenteel veel aandacht. Deelt u zijn gedachtegoed?

"Er zit veel geluid in, dat is zeker. Het lijkt onverenigbaar met bestaande opvattingen, maar dat bestrijd ik. Boren of poetsen, de waarheid ligt in het midden. Er bestaan verschillende strategieën om gaatjes bij kinderen te behandelen. Het krijgen van een gaatje wordt door verschillende factoren bepaald. Er moet plaque op de tanden aanwezig zijn en het hangt af van de samenstelling van het speeksel, voedingspatronen, het sociale milieu enzovoort. Anderzijds wordt ook het succes van de behandeling door veel factoren bepaald. Als je ervoor kiest een gaatje niet te vullen, kun je op andere manieren proberen het proces onder controle te krijgen. Maar dit werkt niet bij alle te behandelen kinderen op dezelfde manier. Er zijn veel interne en externe factoren van invloed op het succes van de behandeling en het is vooralsnog een illusie dat je die allemaal onder controle kunt krijgen. In die zin zijn caviteiten vergelijkbaar met een klacht als hoofdpijn. Sommige mensen met hoofdpijn zijn gebaat bij een pilletje, anderen doen yoga-oefeningen op een matje. De effectiviteit van de aanpak wordt individueel bepaald en hangt samen met de oorzaak van de klacht. Als de hoofdpijn komt door een stevige kater, kan een pilletje afdoende zijn. Als de oorzaak samenhangt met stress, is het een ander verhaal en zul je de oorzaak van die stress aan moeten pakken om op de lange termijn profijt te hebben. In de huidige discussie over cariesbehandeling mis ik de context van het individuele kind. De strategie van het niet boren en vullen is relatief. Totdat de effectiviteit uitvoerig en overtuigend is aangetoond, moeten we voorzichtig zijn. Bij elke strategie is het belangrijk je te verdiepen in de situatie van het kind en de ouders om een optimaal resultaat te bereiken."



“Een stukje terughoudendheid is best te verantwoorden”

U promoveerde in 2008 op de relatie tussen cariës en algemene gezondheid van kinderen. Staan de conclusies van uw onderzoek nog steeds overeind?

"Ik hoopte met het onderzoek aan te tonen dat kinderen die wij niet tandheelkundig behandelden veel slechter groeiden, en dat hun gezondheid evident achteruit ging in vergelijking met kinderen die wel volledige tandheelkundige zorg kregen. Dat bleek niet aantoonbaar. De conclusie was dat er wellicht wel een relatie bestond, maar dat tandheelkundige behandeling als zodanig geen invloed heeft op de gezondheid van die kinderen. Ik denk dat deze conclusies passen binnen de huidige denkwijzen.

We moeten terughoudender zijn in waar wij tandheelkundig ingrijpen en beseffen dat - zoals Gruythuysen schrijft - een stukje terughoudendheid best te verantwoorden is. Het is niet aangetoond dat de algemene gezondheid van kinderen slechter

“Na het eerste forse gaatje, met ook slapeloze nachten voor de ouders, verschuift noodgedwongen de focus. Mondzorg loopt dan achter de feiten aan”

wordt als er wat cariës blijft zitten. Daaruit volgt dat we ons beter kunnen richten op primaire preventie. Als tandbederf er niet is, kan het sowieso geen slechte invloed hebben. Mijn promotieonderzoek illustreert de rol van mondzorg in de medische wereld. Ik zou graag willen dat tandheelkunde overal hoge prioriteit geniet, maar dat is lang niet altijd gerechtvaardigd."

Prof. dr. Rob Schaub, specialist in mondzorg bij ouderen, stelt elders in dit nummer (zie pagina 11-12) de relatie tussen mond- en algemene gezondheid juist wel centraal.

"De relatie tussen tandvleesproblemen en hart- en vaatziek-

ten, diabetes en vroeggeboorte is meermaals aangetoond. Ik heb puur gekeken naar cariës, omdat tandvleesproblemen bij kinderen weinig voorkomen.

Gezondheid laat zich niet alleen meten door fysiologische entiteiten. Het gevoel van welbevinden, de kwaliteit van leven speelt een evidente rol. De relatie tussen cariës en de kwaliteit van leven bij kinderen is wel degelijk aangetoond in eerder onderzoek, onder andere door mijn collega Judith Versloot. Aangevuld door de resultaten uit mijn proefschrift mag de professie godzijdank concluderen dat interventie geenszins nodeloos hoeft te zijn. Door gaatjes hebben kinderen pijn, slapen zij - en hun ouders - slechter, eten ze minder en doen ze het minder goed op school."

U hamert op de noodzaak tot preventie van cariës bij kinderen. Wordt er op dit gebied voldoende rekening gehouden met bijvoorbeeld de verschillen in opleidingsniveau tussen groepen patiënten?

"Niet iedereen komt bij de huisstandarts. In onze communicatie missen wij vooral de groepen die daar nog niet komen. Dat heeft twee kanten: onze professie moet de groep sociaal zwakkeren effectiever aanspreken en we moeten de gehele bevolking duidelijk maken dat kinderen op jongere leeftijd naar de tandarts moeten.

Ouders vinden het vaak moeilijk gaatjes te signaleren. Daarom moeten mondzorgprofessionals eerder ingezet worden. Nu geldt voor het eerste tandartsbezoek een leeftijd van vier jaar. Wij brengen dat nu terug naar twee, maar zouden liever zien dat het nog vroeger wordt. Zeer jonge kinderen hoeven nog niet in de behandelstoel te liggen voor een uitgebreid mondonderzoek - dat gaat op die leeftijd helemaal niet - maar we moeten ouders al wel wijzen op risico's en preventiemogelijkheden. We moeten meer samenwerken in het brede medische spectrum. Ik denk dat we het beste met de consultatiebureaus kunnen starten, waar

der. Daar moet de mondzorg ook op wijzen. Onze professie zal van een verbeterde algemene gezondheid profiteren, maar we moeten zelf een rol spelen in het bereiken hiervan."

Vindt u dat mondzorgprofessionals de juiste bagage hebben om advies over leefstijl en algemene gezondheid aan patiënten te geven? Voelen zij zich comfortabel in die rol?

"Dat ligt gevoelig. Vrijwel niemand is eraan gewend dat een tandarts over andere dingen praat dan mondgezondheid. Ik vermoed dat ook tandartsen zich hier niet comfortabel bij voelen. Reguliere tandartsen en mondhygiënisten merken bij ouders vaak een grote weerstand wanneer zij hiertoe een poging wagen.

Bij specialisten ligt dit anders. Bij de opleiding voor tandarts-pedodontoloog wordt aan dit aspect uitgebreid aandacht besteed, omdat zij kinderen gaan behandelen die op verwijzing komen en bij wie meestal al andere problemen spelen. Voor hen is het eenvoudiger om breder naar een kind te kijken. Toch ervaren ook specia-

“Zorgprofessionals moeten eerder ingezet worden: bij kinderen van twee jaar, of zelfs jonger”

listen op dit punt problemen.

Op Centra Bijzondere Tandheelkunde worden bijvoorbeeld vaak specifieke angst-vragenlijsten gehanteerd. Hierin komen onderwerpen als bedplassen, geslachtelijke pre-occupaties, sociaal functioneren van het kind en de thuissituatie aan bod. De lijsten roepen weerstand op, omdat ouders het vreemd vinden dat ze dit soort vragen in een tandheelkundige praktijk krijgen, zelfs in een specialistische kliniek.

Voor zeer ernstige gevallen heeft een tandarts de vereiste bagage niet, daar komen psychologen aan te pas. Maar vaak kom je, zeker in de reguliere praktijk, een heel eind door je te verdiepen in de thuissituatie. Als je bijvoorbeeld weet dat de moeder zwanger is, kan je informatie geven over gezonde voeding voor de baby en andere relevante zaken."

Hoe vaak komt u situaties tegen waarin de achtergrond van de patiënt moet worden besproken?

"Dagelijks. Ik werk in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde; voor velen een 'eindstation' in hun zoektocht naar passende zorg. Bij elk intakegesprek komt de thuissituatie aan bod. Dan blijkt daar regelmatig iets aan de hand. Als blijkt dat ouders zelf een bijdrage kunnen leveren, doen ze dat meestal heel graag. Wij werken met ondersteuning van kinderpsychologen en ook een instantie als Jeugdzorg ligt binnen handbereik, maar gelukkig komt het niet altijd zover. Met kleine handvatten kunnen veel situaties al sterk verbeteren. Pas als je constateert

dat problemen in de thuissituatie een achterliggende oorzaak kunnen vormen voor de problemen van het kind, ga je je hierin verdiepen."

Kunt u zich voorstellen dat veel aandacht voor mondzorg bij drukke jonge gezinnen weinig prioriteit heeft?

"Natuurlijk! Ik ondervind dagelijks aan den lijve hoe het is om een jong gezin te runnen. Als je kind nog nooit kiespijn gehad heeft, kun je zo iets niet op waarde schatten. Maar na het eerste forse gaatje, met ook slapeloze nachten voor de ouders, verschuift noodgedwongen de focus.

Toch is dit, in mijn optiek, een verkeerde manier van prioriteiten stellen. Mondzorg loopt dan achter de feiten aan. Wij moeten zorgen dat poetsen en aandacht voor voedingspatronen net zo vanzelfsprekend wordt als het aankleden en douchen voor het naar school gaan. Er zijn hierin marges, maar ouders moeten weten hoe ze die marges kunnen benutten. Je moet ouders aanpreken op hun niveau en de indeling van hun leven. Op het consultatiebureau krijgt een Indiase vrouw te horen

dat ze het niet goed doet omdat ze haar kinderen geen boterhammen bij de lunch serveert, maar rijst. Terwijl rijst bij de lunch net zo goed is! Dat is te gek voor woorden."

Vaak wordt met de beschuldigen de vinger gewezen naar fabrikanten van eten en drinken. Is het terecht dat ook de hoeveelheden zoet en zuur in voedingsmiddelen de schuld krijgen?

"Zeker. Tegen mij zeggen de ouders: 'bij ons wordt niet gesnoept. Dat gebeurt bij opa en oma.' Terwijl wij weten dat kinderen met gaatjes niet goed poetsen en op een verkeerd dieet staan. Ouders weten vaak niet wat ze fout doen. Op dit moment zijn het vooral de drankjes, met name sapjes, die desastreus zijn. Kinderen kunnen slechte drinkers zijn en ouders zijn maar wat blij dat er iets naar binnen gaat. Denk aan ouders die zeggen: 'nee, hij lust geen melk.' En dan geven ze sap, al dan niet aangengd. Het getuigt van kracht en discipline om hier enige lijn in aan te geven. Daarnaast zijn te veel drinkmomenten op een dag ongunstig. De verantwoordelijkheid voor de voorlichting hierover ligt bij ons en de consultatiebureaus. Ouders weten niet wanneer en vooral niet waarom ze over moeten gaan van de fles op een beker, dat een stukje kaas op een bepaald moment net zo slecht kan zijn als een zuurtje of dat chips eten ook een voedingsmoment is dat gaatjes kan veroorzaken."

Momenteel staat de discussie over vrije tarieven in de mondzorg hoog op de agenda. Hoe zullen vrije tarieven de kindertandheelkunde veranderen?

"Ik denk dat we meer tandartsen zullen krijgen die er bewust voor kiezen kinderen te behandelen. Het probleem is dat voor de preventiemaatregelen die voor ons belangrijk zijn, geen echte tarieven bestaan. Met poetsinstructies kom je niet uit de kosten. We krijgen wel meer vrijheid om ons op dit gebied te onderscheiden van anderen. Als je aan bepaalde zaken wezenlijk meer of andere aandacht besteedt, mag je er meer voor vragen."

Zal volgens u de toegankelijkheid voor patiënten gelijk blijven?

"Die zal niet verbeteren. Ik heb begrepen dat er geen prijsafspraken gemaakt mogen worden. Dat lijkt me onhoudbaar, omdat tandartsen in een regio vaak contact hebben en soms nauw samenwerken. Van echte concurrentie kan in zo'n situatie geen sprake zijn. We moeten hopen dat ze zich in overleg specialiseren, maar dat blijft nog de vraag. We moeten er in ieder geval voor waken dat ouders kiezen voor de goedkoopste zorg, die tevens slechte zorg blijkt te zijn. De mondzorg is nog helemaal niet transparant en het is de vraag hoe men die veel transparanter kan maken. Het gat tussen de kennis van de patiënt en de zorgverleners is groot, ondanks alle informatie op internet. Als ik een slechte vulling heb gelegd, kan iemand daar niet zomaar achterkomen. We moeten daarom uitgaan van de eerlijkheid van de zorgverleners."

Niet alle patiënten hebben behoefte aan keuzemogelijkheden op het gebied van zorg. Sommigen worden daar alleen maar onzeker van. Zorgaanbieders moeten een directieve rol spelen in dit proces. Het vrije tarievenstelsel impliceert dat mondzorgaanbieders, die al een hoge werkdruk

mer die verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen product. Difrax heeft mij destijds benaderd om als kindertandarts mee te werken aan deze campagne.

Mijn rol bestond voornamelijk uit het illustreren en uitleggen wat de mogelijke tandheelkundige gevolgen konden zijn van lang en intensief speengebruik. Difrax

heeft hierover een boek geschreven en ik heb mijn medewerking verleend. Evenals voor een boek over mondzorg in het algemeen. Tegenwoordig geef ik online advies aan consumenten, op vrijwillige basis."

Vindt u het niet gevaarlijk uw naam aan een commerciële partij te verbinden?

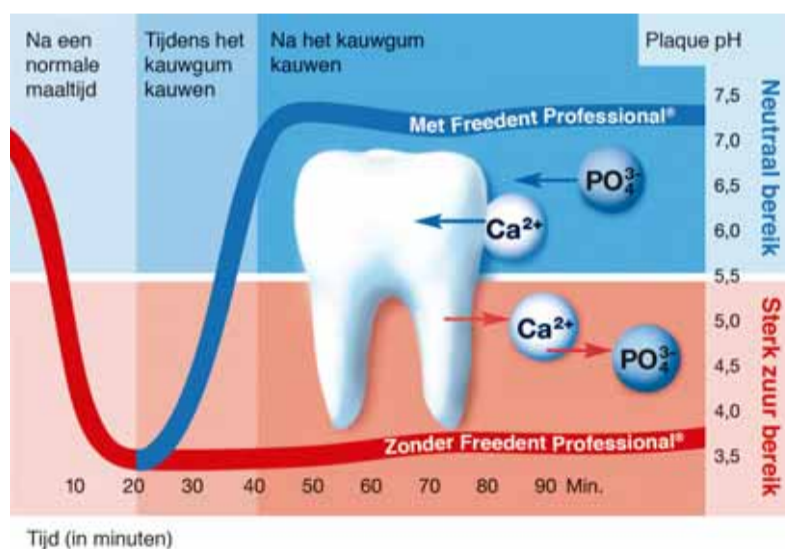
"Ja, en daar ben ik mij zeer van bewust. Ik doe dit werk op eigen

naam, mede omdat ik vice-voorzitster van de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde ben. Binnen de vereniging hebben wij hier ook discussies over. Ik wil me uitdrukkelijk niet aan Difrax verbinden, maar vind het belangrijk om consumenten informatie te bieden, zeker als je een breed publiek kunt bereiken. En dan moet je soms een beetje op eieren lopen, dat begrijp je wel, hè?" ■

"Niet alle patiënten hebben behoefte aan keuzemogelijkheden op het gebied van zorg"

Freudent Professional® De slimme tandverzorging voor tussendoor!

Freudent heeft een handige en lekkere oplossing voor mensen die hun mond tussendoor schoon en fris willen houden. Die oplossing heet Freudent Professional®, een unieke kauwgum waarmee je je tanden de hele dag door kunt verzorgen.



Freudent Professional bevat namelijk speciaal ontwikkelde microgranules. Door te kauwen worden ze in de mond verdeeld en lossen ze langzaam op. Het effect is direct merkbaar: voelbaar schone tanden. Ideaal dus voor wie op het werk is of onderweg en even geen tijd heeft om uitgebreid te poetsen.

Vanzelfsprekend bevat Freudent Professional® geen suiker. In plaats daarvan is xylitol toegevoegd, een suikervervanger die gezond is voor de tanden. Het kauwen van suikervrije kauwgum:

- vermindert de kans op cariës
- stimuleert de speekselproductie
- neutraliseert de zuren in tandplak
- helpt aangetast tandglazuur herstellen

"Vaak kom je een heel eind door je te verdiepen in de thuissituatie"

kennen, zich naast het runnen van een eigen onderneming bezig moeten houden met regionale tarieven. Ik vind dat aan al deze punten te makkelijk voorbij wordt gegaan."

U werkt als adviserend expert voor Difrax, een producent van babyartikelen. Wat is uw positie binnen dit bedrijf?

Ik ben daar begonnen toen Difrax - een bedrijf dat onder andere babyspinnen maakt - op eigen initiatief waarschuwde dat het niet goed is lang door te gaan met speengebruik, omdat dit tandheelkundige problemen in de hand kan werken en spraak- en slikpatronen kan beïnvloeden. Dat sprak mij aan: een onderne-



Ga nu naar www.wrigley.nl/dispenseractie en bestel een GRATIS dispenser met 200 samples voor uw patiënten.



Agenetische premolaren; sluiten van laterale diastemen door hemisectie van tweede melkmolaren

AUTEURS: FRITS RANGEL (ORTHODONTIST) EN DR. GERT STEL (TANDARTS-PEDODONTOLOOG)

Dit is een hoofdstuk uit het boek *Casuïstiek in de kindertandheelkunde deel 2 (Prelum, 2008)*. Redactie: dr. W.E. van Amerongen, M. de Jong-Lenters, prof. dr. L. Marks, dr. J.S.J. Veerkamp.

Leeftijdscategorie 12-16 jaar

Definitie agenesie

Agenesie is het niet aangelegd zijn van tanden. Het is de meest voorkomende ontwikkelingsstoornis van de dentitie en is genetisch van aard (Shapiro & Farrington, 1983).

De prevalentie voor mannen is 4,6 procent en voor vrouwen 6,3 procent. De meest voorkomende plaatsen zijn (met uitzondering van derde molaren): de tweede premolaar in de onderkaak (2,91-3,22%), de laterale bovenincisief (1,55-1,78%) en de tweede premolaar in de bovenkaak (1,39-1,61%) (Polder et al., 2004). De behandelmogelijkheden zijn: behoud van het melkelement, plaatsen van een implantaat, maken van een brug of orthodontisch sluiten (Kokich & Kokich, 2006). De keuze voor een van deze mogelijkheden is afhankelijk van de (mal) occlusie en het profiel van de patiënt. Behoud van het melkelement (zolang dat niet ankylotisch is) zal zorgen voor bot- en ruimtebehoud. Als het element vervolgens verloren gaat, zal op dat moment een prothetische voorziening gemaakt kunnen worden. De patiënt zal dan hopelijk een dusdanige leeftijd bereikt hebben dat een implantaat een van de mogelijkheden is.

Vuistregel

Voordat bij kinderen overgegaan wordt tot extractie van elementen, is het van wezenlijk belang om een röntgenfoto te maken. Hierop moet gecontroleerd worden of er sprake is van agenesieën, zodat bepaald kan worden of de geplande extractie verstandig is.

Bij patiënten met persisterende melkelementen en bij patiënten met infraocclusie van de tweede melkmolaren is het ook essentieel om een orthopantomogram (OPG) te maken. De kans bestaat dat de opvolger agenetisch is.



Figuur 15.1 Orthopantomogram: agenesie van de elementen 35 en 45.

PROBLEEMSTELLING

Wiep (12 jaar) is door de tandarts verwezen vanwege vier agenetische tweede premolaren. De elementen 55 en 65 zijn al geëxtraheerd in verband met cariës. De prognose van de elementen 75 en 85 is goed. Verder is er sprake van een disto-occlusie van een halve premolaarbreedte en heeft Wiep geringe spacing in de boven- en onderkaak.

DIAGNOSE

Anamnese

Medische anamnese

ASA I; de medische anamnese van Wiep laat geen bijzonderheden zien. Hij gebruikt geen medicijnen en er zijn geen allergieën bekend. Hij staat niet onder behandeling van een huisarts of specialist.

Sociale anamnese

Wiep is een vriendelijke jongen met een goede motivatie. Hij zit in de laatste klas van het basis-onderwijs en voetbalt graag.

Tandheelkundige anamnese

Wiep is goed te behandelen bij een tandarts. Voor de orthodontische behandeling is hij verwezen naar een orthodontist. Wiep heeft een trauma gehad aan de elementen 71 en 81, toen hij twee jaar was. Klinisch zijn er geen afwijkingen aan de opvolgers zichtbaar.

Mondhygiëne

De mondhygiëne van Wiep is onvoldoende. Hij poetst tweemaal per dag, maar doet dit niet zorgvuldig. De verwachting is dat het poetsen zal verbeteren na herhaalde instructies en dat dit tijdens de orthodontische behandeling geen problemen zal opleveren.

Aanvullend onderzoek

Uit de gelaatsanalyse blijkt dat Wiep een convex profiel heeft, met een normale nasolabiale hoek, een normale kinprominen-

tie en goede lipsluiting.

Na analyse van de röntgenschedelprofielopname (RSP) blijkt Wiep een neutrorelatie van de kaken te hebben, een normaal groeipatroon en proclinalie van de onderincisieven. Op het OPG (figuur 15.1) zijn duidelijk de agenesieën van alle tweede premolaren te zien. Verder zijn alle elementen (inclusief de derde molaren) aanwezig. De elementen 38 en 48 hebben een slechte prognose door hun mesioangulatie. Op de klinische foto's (figuur 15.2A-D) zijn de andere problemen te zien, zoals genoemd bij de probleemstelling.

DOELSTELLING

Naast het oplossen van de geringe orthodontische problemen, zal het belangrijkste deel van de behandeling bestaan uit het vinden van een goede oplossing voor de agenesieën. Het heeft de voorkeur om geen prothetische voorzieningen te gebruiken, omdat die op een gegeven moment vervangen moeten worden.

Behandelplan

Het behandelplan van Wiep bestaat uit:

- verbeteren van de mondhygiëne;
- oplijnen van boven- en onderkaak met vaste apparatuur. Door het doorlopen van verschillende draden ontstaan er twee tandbogen waarbij de elementen netjes op een rij staan, waarbij geen rotaties aanwezig zijn en de curve van Spee nagenoeg vlak is;
- hemisectie van de melkmolaren en verwijderen van de distale radix (elementen 75 en 85);
- sluiten van de diastemen, direct na extractie van de distale radix. Tijdens het sluiten van de diastemen zal de patiënt iedere vijf weken door de orthodontist gezien worden;
- extractie mesiale radix;
- sluiten van de diastemen;
- orthodontische afbehandeling.

Alternatieven

- Zo lang mogelijk behoud van de melkelementen. De tweede melkmolaren kunnen hiervoor in mesiodistale dimensie verkleind worden om een betere occlusie te verkrijgen (Kokich

& Kokich, 2006). Hoewel de radices van deze elementen vaak net zo breed uitstaan als de kroon breed is, zal in de meeste gevallen volledige sluiting van het diasteem optreden. Doordat de buurelementen tegen de radices van de melkmolaar aan worden bewogen, resorberen ze;

- extractie van de melkmolaren en vervanging door implantaten, als de kaken zijn uitgegroeid;
- extractie van de melkmolaren en orthodontisch sluiten van de diastemen met behulp van mini-implantaten.

Onderbouwing

Agenesieën in de laterale delen zullen vroeg of laat leiden tot functionele problemen. Wanneer wordt gekozen voor behoud van de melkmolaren, zal dit leiden tot gebrek aan functie. Melkmolaren hebben een kortere kroon dan blijvende elementen, waardoor ze in infraocclusie komen te staan.



Figuur 15.2 Klinische foto's voor aanvang van de behandeling. Occlusie rechts (A), occlusie links (B), occlusaal aanzicht bovenkaak (C) en occlusaal aanzicht onderkaak (D).



Figuur 15.3A Endodontische opening na pulpotomie van element 75. B Periapicale opname direct na extractie distale radix van element 85. C Klinische (spiegel)opname na extractie van distale radices van de elementen 75 en 85 en occlusale afwerking. D Geëxtraheerde distale radices van de elementen 75 en 85, de pulpakamer gevuld met glasionomeercement (Fuji ix).

* Deze figuur betreft een andere casus doch geeft een goed beeld van het effect van de hemisectie. Van Wiep zijn helaas direct na de extractie geen periapicale opnamen gemaakt.

Ze zullen in de loop der jaren dan ook meermalen opgebouwd moeten worden, om goed te kunnen functioneren (Kokich, 2002).

Uiteindelijk zullen de melkmolaren verloren gaan en zal er op dat moment een oplossing gezocht moeten worden. Omdat de patiënt dan al wat ouder is en al eerder orthodontie gehad heeft, ligt een prothetische voorziening voor de hand. Deze zal gedurende het leven van de patiënt een aantal malen vervangen moeten worden.

De beste oplossing voor Wiep lijkt ons extractie van alle overgebleven melkmolaren. De elementen 55 en 65 zijn al verloren gegaan als gevolg van cariës. Behoud van de elementen 75 en 85 zal, zoals hierboven genoemd, leiden tot de noodzaak van prothetische voorzieningen in de toekomst. Tevens is er geen kans meer dat de elementen 38 en 48 normaal zullen erupteren. Door extractie van de elementen 75 en 85 zal er ruimte ontstaan in de onderkaak waardoor de elementen 38 en 48 kunnen roteren en mogelijk normaal zullen doorbreken. Of dit werkelijk gebeurt, zullen we moeten afwachten. Verder heeft Wiep een neutrorelatie van de kaken met een lichte disto-occlusie, waardoor er geen grote problemen te verwachten zijn met betrekking tot de verankering. Bij extractie van de gehele melkmolaren zal door verankeringsverlies het front getraheerd worden en de disto-occlusie toenemen, wat ongewenst is. Als de melkmolaren in hun geheel geëxtraheerd worden, zullen mini-implantaten nodig zijn om de molaren mesiaalwaarts te kunnen verplaatsen.

Door gebruik te maken van hemisectie en eerst de distale wortel te verwijderen, is het mogelijk de eerste blijvende molaren te

mesialiseren, zonder gebruik te maken van mini-implantaten en zonder dat de disto-occlusie ernstig toeneemt (Northway, 2005; Van der Linden, 1990).

Chirurgische procedure

De behandeling wordt uitgevoerd onder lokale analgesie. De twee hemisecties zijn gelijktijdig uitgevoerd, waarbij aan de ene zijde een mandibulair blok is gegeven en aan de contralaterale zijde door middel van intraligamentaire anesthesie (Paroject®) voldoende analgesie is bereikt. Alvorens de elementen te splitsen, is de kroonpulp volledig verwijderd. Met behulp van een schone diamantboor in een snelloophoekstuk is een voldoende grote occlusale endodontische opening gemaakt, waarna de kroonpulp met een scherpe excavator, excavator in een groen hoekstuk of een snelloop met diamantboor, tot aan de kanaal-ingangen is weggenomen (figuur 15.3a). De pulpawonde is gestelpt door gedurende een tweetal minuten onder enige druk een uitgeknepen wattenpellet met natriumhypochloriet op de wond te houden. Nadat de bloeding is gestopt, is de pulpakamer opgevuld met chemisch uithardend glasionomeercement (Fuji IX, GC®) waarbij de uitharding door middel van een polymerisatielamp is versneld. Na voldoende harding van de occlusale afsluiting (reeds na enkele minuten) is het element gesplitst met een voldoende lange diamantboor. Daarbij wordt vanaf het midden van het linguale vlak door de pulpabodem - idealiter precies ter hoogte van de wortelsplitsing - een groeve getrokken naar buccaal. Vervolgens wordt rondom de distale radix de omringende gingiva vanuit de sulcus voorzichtig losgemaakt. Daarna kan het distale radixdeel voorzichtig geluxeerd en verwijderd worden (figuren 15.3B-D). Om de vrijgekomen ruimte optimaal te kunnen benutten, worden de alveolaranden niet geapproximeerd. Als het vermoeden bestaat dat het element ankylotisch is, zou een extra groeve kunnen worden geprepareerd vanaf het distale contactpunt tot aan het niveau van de hemisectie. Hierdoor kunnen de twee distale kwarten als

het ware imploderen, waardoor de kans geringer is dat verwijdering van enig dun trabeculair bot tussen de mesiale radix van de blijvende eerste molaar en de vaak sterk naar distaal reikende distale radix van de geretineerde tweede ondermelkmolaar zal optreden. Het halve element is occlusaal licht afgerond om onnodige irritatie van tong en wang te voorkomen. Dit resterende mesiale deel van de melkmolaar zal op een later moment worden geëxtraheerd als het ontstane diasteem door de orthodontische behandeling is gesloten. Het mesiale gedeelte zal zelden ontstoken raken en om die reden vroegtijdig moeten worden geëxtraheerd.

BEHANDELING

Bij Wiep worden eerst beide kaken orthodontisch opgelijnd. Nadat staaldraden geplaatst zijn, worden de hemisecties uitgevoerd, waarna meteen kan worden begonnen met het sluiten van de diastemen. Omdat bij Wiep sprake is van een neutrorelatie, is er geen gebruik gemaakt van hulpmiddelen voor klasse-II-tractie. Wel is een torque in de draad gebogen bij het onderfront, om wat verankering te krijgen voor het sluiten van de diastemen. Het sluiten van de diastemen gaat met een snelheid van ongeveer 1 mm per maand en verloopt voorspoedig.

Beschouwing

Het gebruik van hemisectie van melkmolaren, bij agenesie van de opvolger, lijkt een nuttig behandelalternatief. Het voordeel is dat er geen extra verankeringshulpmiddelen nodig zijn. Het plaatsen van deze hulpmiddelen betekent toch een extra belasting voor de patiënt en de kans bestaat dat de mini-implantaten loskomen, waardoor ze opnieuw geplaatst moeten worden. De melkmolaren moeten toch geëxtraheerd worden en door deze elementen te splitsen, zal de extractie makkelijker gaan.

Patiëntenselectie is erg belangrijk: extra aandacht is nodig bij patiënten met een disto-, respectievelijk nesio relatie. Bij disto relatie-patiënten is deze behandeling een optie als enig verankeringsverlies acceptabel is of als er enige vorm van klasse-II-tractie wordt toegevoegd om een neutro-occlusie te behouden. Deze klasse-II-tractie is ook nuttig om retroclinatie van het onderfront te voorkomen (Northway, 2005).

Bij mesio relatie-patiënten groeit de onderkaak vaak nog door tot het achttiende of twintigste levensjaar. Als er al op twaalfjarige leeftijd extracties zijn gedaan en de malocclusie wordt op die leeftijd behandeld, dan zal na afbehandelen, als gevolg van normale groei, deze malocclusie weer terugkomen. Vervolgens zal deze patiënt een chirurgisch traject ingaan, waarbij het als gevolg van de eerdere extracties mogelijk is dat de omgekeerde overbeet onvoldoende groot is voor een goede correctie.

Ook bij enkelzijdige agenesie is extra aandacht vereist. Als gevolg van enig verankeringsverlies kan de mediaanlijn verschuiven naar de kant van de agenesie.

Soms is het daarom nodig om extra klasse-II-tractie toe te voegen. Dit kan met klasse-II-elastieken of met een zogenoemde DPR (Direct Push Rod, 3M®; figuur 15.4). Het voordeel van deze DPR is dat de er geen verticale component aanwezig is bij de klasse-II-tractie en dat er geen coöperatie van de patiënt vereist is. Let dus goed op bij de selectie van de patiënten.

Bij Wiep zijn de diastemen nog niet volledig gesloten, maar het verloop is voorspoedig (figuur 15.5). De behandeling zal binnen zes maanden worden beëindigd.

LITERATUUR

- Kokich VO, Jr. Congenitally missing teeth: orthodontic management in the adolescent patient. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002;121:594-5.
- Kokich VG, Kokich VO. Congenitally missing mandibular second premolars: clinical options. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006;130:437-44.
- Linden FPGM van der. Problems and Procedures in Dentofacial Orthopedics. Chigago, Ill: Quintessence 1990:289.
- Northway WM. The nuts and bolts of hemisection treatment: managing congenitally missing mandibular second premolars. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005;127:606-10.
- Polder BJ, Hof MA van 't, Linden FP van der, Kuijpers-Jagtman AM. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. Community Dent Oral Epidemiol 2004;32:217-26.
- Shapiro SD, Farrington FH. A potpourri of syndromes with anomalies of dentition. Birth Defects Orig Artic Ser 1983;19:129-40. ■



Figuur 15.4 Direct Push Rod (DPR), waarmee de onderkaak naar voren gedragen wordt, om de klasse II te corrigeren.



Figuur 15.5 Klinische foto's na extractie van de distale radix. Occlusie rechts (A), occlusie links (B), occlusaal aanzicht bovenkaak (C), occlusaal aanzicht onderkaak (D). De diastemen zijn al gedeeltelijk gesloten.

Casuïstiek in de kindertandheelkunde

Driedelige reeks



Redactie: W.E. van Amerongen, M. de Jong-Lenters, L.A.M. Marks, J.S.J. Veerkamp
Uitgever: Prelum Uitgevers
 ISBN deel 1: 978 90 8562 032 7 (niet meer leverbaar)
 ISBN deel 2: 978 90 8562 040 2
 ISBN deel 3: 978 90 8562 089 1
Uitvoering: gebonden
Omvang: 112-138 pagina's
Prijs per deel: € 69,50

Elk van de drie delen in de succesvolle reeks *Casuïstiek in de kindertandheelkunde* bevat 16 uiteenlopende praktijkbeschrijvingen in de volle breedte van dit snelgroeiende vakgebied. De casus zijn uitstekend gedocumenteerd en monden - na de paragrafen 'Diagnose' en 'Indicatiestelling' - uit in een behandeling gebaseerd op de laatste inzichten. Een casus wordt steeds afgesloten met een korte algemene beschouwing en literatuurverwijzingen.

In de behandeling van de casuïstiek ligt de nadruk op de praktische toepasbaarheid van de anamneses en behandelingen, zowel voor de tandarts algemeen practicus als de pedodontoloog (of degene die hiervoor in opleiding is).

"Dit mooie boek brengt veel onderwerpen uit de kindertandheelkunde ter sprake en is door de duidelijke casussen bijzonder boeiend." - NTVT (over deel 3)

"116 fraai vormgegeven pagina's met een schat aan informatie [...] De gepresenteerde casuïstiek betreft een fraaie doorsnede van wat men - ook als algemeen practicus - op een gewone werkdag in 'de stoel' kan tegenkomen. [...] Van harte aanbevelen!" - Nederlands Tandartsenblad (over deel 2)

Als lezer van Dental Tribune kunt u deze boeken met de actiecode **kindertand** zonder verzendkosten bestellen!


 Geneeskundeboek.nl