

HET A.D.A. - F.D.I. CONGRES TE NEW YORK EN DE ORTHODONTIE IN AMERIKA

DOOR C. BOOY

In de Verenigde Staten voorziet de tandheelkundige opleiding in het algemeen niet in orthodontische scholing. Ongeveer 2% van de Amerikaanse tandartsen is in de orthodontie gespecialiseerd, na enige jaren van samenwerking met een oudere collega en na het volgen van een tweejarige „postgraduate” cursus, die aan meerdere universiteiten worden gegeven. De specialisten hebben zich verenigd in een exclusieve groep, die eigen congressen organiseert en zich tegenover de algemeen practici eveneens zeer exclusief gedraagt.

Wie dan ook, zoals ik, van deze toestand niet op de hoogte zijnde, meende op het in New-York gehouden congres van de American Dental Association, de allerlaatste snufjes op orthodontisch gebied te zullen zien en horen, kwam bedrogen uit. De combinatie met de toch steeds zeer breed georiënteerde F.D.I. had deze ongeschreven wet blijkbaar niet kunnen doorbreken.

De exclusiviteit vond zelfs haar weerspiegeling in de machtige tentoonstelling van materialen en instrumenten. De specifiek orthodontische firma's hadden zich bewust afzijdig gehouden. Een Monroe-leer in engere zin: orthodontie voor de orthodontist.

Het bijna tweehonderd pagina's tellende A.D.A.-F.D.I.-SOUVENIR-PROGRAM doorbladerende op zoek naar orthodontische voordrachten, vonden we o.a. het volgende:

„Interception for prevention in orthodontics. Indication for early orthodontic treatment. Interceptive orthodontics. Orthodontic complications of thumb-sucking, the habit that can be broken. Interceptive orthodontics and pulpotomy. Orthodontic aids in general practice.”

Het valt niet moeilijk uit deze opsomming van titels op te maken, dat de lezingen niet veel anders bevatten dan wenken en waarschuwingen aan het adres van de algemeen practicus, van de veronderstelling uitgaande, dat iedere basis van orthodontische kennis ontbreekt. Maar weinig anders was het gesteld met de overige onderwerpen.

KORKHAUS sprak over: „Removable and fixed appliances in orthodontic therapy”; getuigende van een diep geloof in het naar voren brengen van de onderkaak, een zekerheid die de Amerikanen niet met hem delen.

WHITMAN gaf een methode aan, nogal ingewikkeld en optimistisch, om bepaalde slikgewoonten als het tongpersen te bestrijden. NORD had zich aan zijn gehoor aangepast met: „Orthodontics in every day practice”.

Het symposium: „Surgery and Orthodontics”, waarmee de reeks geopend werd, lag mij het meest. In het bijzonder was het goed onze aandacht nog eens te vestigen op: „Surgical repositioning of unerupted teeth”, zoals DANIEL HOLLAND deed (gepubliceerd in het American Journal of Orthodontics Vol 41. p. 27). Deze studie betreft geen replantatie van elementen, die uit de alveole verwijderd zijn geweest, maar het voorzichtig wijzigen van de ongunstige ligging van de tandkiem van onvolgroeide elementen, om de verdere ontwikkeling en doorbraak in goede banen te leiden.

„Indications and technic for early removal of impacted third molars”, van

SAM BROCK, was al minder interessant. Zijn conclusie, dat hij de derde molaren er alle wel uit zou willen halen, mits vroeg, omdat de pijn en moeite dan geringer zijn, klinkt ons wel wat merkwaardig in de oren.

Toen echter, bij het onderwerp serial-extraction, de spreker verwees naar publicaties van jaren her en zelfs op een onzalig moment de Klasse-indeling volgens ANGLE met projecties ging uitleggen, toen zijn de Europeanen de zaal uitgevlucht. Achteraf beschouwd zou een bezoek aan het congres alleen, de reis dus niet hebben kunnen rechtvaardigen, maar indien de redactie mij toestaat, buiten haar opdracht om, enkele andere indrukken weer te geven, dan moge daaruit een meer positief geluid klinken.

De relatief goedkope vliegreis, één van de voornaamste redenen om metterdaad naar Amerika te gaan, bood vóór en na het congres de gelegenheid, om deel te nemen aan de door COOK georganiseerde excursies en tot het realiseren van eigen initiatieven. Voor de één lag daarbij de nadruk meer op sight-seeing, voor de ander meer op professioneel terrein.

Voor mij kwam, na overleg met collega MOORREES, die mij met raad en daad bijzonder van dienst is geweest, een welgevoeld programma ten uitvoer. Zo bezocht ik enkele klinieken en praktijken van orthodontische specialisten om een idee te krijgen van de dagelijkse routine, hoofdzakelijk geïnteresseerd zijnde in de techniek van de edgewise-arch.

De praktijkvoering verschilt in hoge mate van wat wij in ons land en elders in Europa gewend zijn. Het boxsysteem met een vijftal kleine uniforme spreekkamers doet ons, overigens niet terecht, veronderstellen, dat de behandeling een ietwat onpersoonlijk poliklinisch karakter zal dragen. De zachte radiomuziek, die het gezoem van de air-conditioners juist overstemt, wekt onze associaties met een kapsalon. Ongewoon komt ons verder het rekje voor, met wat men noemt: „literature”, overdrukken uit familiebladen en tijdschriften in het populair-wetenschappelijke genre, waarvan aan nieuwe patiënten met kwistige hand wordt uitgedeeld. Om een paar voorbeelden te noemen:

„Orthodontia Q's and A's, the whys and hows of braces and bands to straighten crooked teeth”, stelt de vraag: „How does one go about choosing an orthodontist?” en adviseert: „Your family-dentist may be able to recommend a qualified orthodontist.”. De algemeen practicus wordt zonder meer onkundig geacht om de orthodontische hulp te verschaffen.

Uit: „Straightening teeth”, leren we: „You will find that the expense of two years of orthodontic treatment is usually less than one year's depreciation on a moderately priced automobile.” Dit betekent, dat de behandelingen in doorsnee \$ 800 tot \$ 1000 kosten.

In een kadertje voorop: „The truth about straightening teeth”, lezen we een verklaring over: „Why straightening children's teeth saves money.”

Het is wel wat ver gezocht om in het bovenstaande een Amerikaanse oorzaak te zien van het internationale probleem: de stijgende vraag naar orthodontische hulp, ook voor financieel minder draagkrachtigen, maar het probleem ligt er.

De Amerikaanse orthodontie heeft voor ons twee speciale facetten: de schedel-röntgen-foto en de vaste apparatuur.

Uit de literatuur krijgen we weleens een overdreven indruk van het gebruik van de schedelfoto, maar in de praktijk bleek dat overdrijven nogal mee te vallen, dat wil zeggen: ieder interpreteert ze op zijn manier en pikt er datgene

uit, wat hem van belang schijnt. Bij het onderwijs is het anders, op de Forsyth Dental Infirmary for Children in Boston, hecht MOORREES bijvoorbeeld, wel veel waarde aan uitvoerige analyses van de schedelfoto's.

Zijn internationaal gezelschap van aspirant-orthodontisten, waarin ik een bijzonder frisse geest aantrof, dient van iedere patiënt „tracings” te maken volgens diverse systemen. Het doel hiervan is, om in de relatief korte tijd, die hen voor specialisatie ter beschikking staat, een dieper inzicht te verwerven in de aard van de gebitsafwijking en de oriëntatie van het gebit ten opzichte van de schedel.

Het meest gebruikte apparaat in Amerika is de Edgewise-arch, die door ANGLE is ontworpen en ontwikkeld uit de zogenaamde E-arch via de pin-and-tube appliance en de ribbon-arch. Het is een op doorsnede vierkante boog, die met behulp van ligaturen en precisieslotjes aan de geheel gebandeerde tandbogen wordt bevestigd.

Het werken met dit systeem vergt veel tijd en energie en het grote vraagstuk, hoe zoveel patiënten te behandelen, tracht men op te lossen door het ten top voeren van de efficiëncy en de rationalisatie. Alle onderdelen liggen in grote hoeveelheden, in maten gesorteerd, pre-fabricated voor het grijpen. Een staf van getraind personeel assisteert en instrumenteert aan de stoel en zo lukt het om een paar honderd patiënten per jaar in behandeling te nemen.

Er is een tendentie om de stugge vierkante boog te vervangen door twee of vier dünnere draden, die tezamen dezelfde doorsnede vertonen. Dergelijke samengestelde bogen hebben een meer soepele werking, en zullen dus met kleinere krachten over een langere periode werkzaam zijn. De contrölebezoeken kunnen zo met langere onderlinge tussenpozen plaats vinden.

Bij voorkeur wordt het tijdstip van de behandeling uitgesteld tot het stadium, waarin de wisseling ten einde loopt. Men ziet zich dan gesteld voor een concreet probleem, waarin weinig verrassingen meer te verwachten zijn.

De diagnose: „bimaxillaire protrusie”, ligt de Amerikaan vóór in de mond.

De richtlijn bij iedere behandeling, zij noemen die: „The philosophy of treatment”, is georiënteerd op het verschuiven van elementen en zo men wil van de processus over de kaakbasis heen. In het kader van deze opvatting, van het compleet gebandeerde gebit en in het streven naar meer subtiele krachten past wonderwel de methode van de Australiër BEGG, die meer en meer op de voorgrond treedt.

BEGG gebruikt een draad van 0.4 mm, van een speciale legering. Het buigen van deze dunne boog met een groot aantal lusjes, is een nogal ingewikkelde zaak, maar de werking grenst aan het ongelofelijke. Binnen een tijdsbestek van enkele maanden is het gehele aanzien van de anomalie zodanig gewijzigd, dat men de patiënt nauwelijks herkent.

Voorshands heb ik de indruk gekregen, dat de Amerikanen niet zonder meer van hun geliefkoosde vaste apparatuur zullen afstappen om tegemoet te komen aan de grotere vraag naar orthodontische hulp. Ontzag heb ik voor hun handig gemanipuleer met bogen en ligaturen, werkelijk jaloers ben ik op hun resultaten.

Mogelijk zien ze de orthodontie wel te mechanisch en trachten ze dat te compenseren met de uitgebreide studie van schedel-röntgenfoto's, maar ze beheersen de techniek dermate, dat ze binnen de grenzen van het bereikbare,

iedere afwijking in de redelijke tijd van ongeveer twee jaar perfect weten te behandelen.

Aan andere middelen hebben ze geen behoefte en ze verzetten zich met hand en tand tegen de invloeden uit Europa.

Dank zij hun kritische instelling verlaat de afbehandelde patiënt de praktijk met een ideale occlusie en een dito overbeet, zonder enige rotatie, zelfs niet in het onderfront, maar bijna altijd met vier elementen minder.

BUITENLAND

BRIEVEN UIT AMERIKA

L. HERBERT LOEB D.D.S.

Zelfs voor een „rustend” tandarts blijkt de dag toch niet meer dan 24 uren lang te zijn, waardoor te verklaren is dat het schrijven van brieven voor vakgenoten soms in het gedrang komt. Toch vind ik tegen het einde van het jaar nog gelegenheid voor enkele ontboezemingen.

Specialisatie in de tandheelkunde

De American Dental Association is nu meer dan 100 jaar oud en telt 91.505 leden. Dit betekent dat van de 6 Amerikaanse tandartsen er 5 aangesloten zijn. Niet alleen is het aantal leden sterk toegenomen, ook het percentage specialisten hieronder is enorm gegroeid.

Over de specialisatie het volgende: enige jaren geleden schreef Dr. J. H. KAUFFMANN in het „Bulletin of the New York State Society of Dentistry for Children” (mei 1956) een zeer lezenswaardig artikel over „De aanbidding der specialisatie”. Volgens hem is er namelijk in de loop der jaren een overspecialisatie ontstaan: in plaats daarvan zou het beter zijn, meer aandacht te besteden aan de perfectie van de opleiding voor hen, die de algemene praktijk gaan beoefenen. Deze laatste vormen immers de ruggegraat van het beroep.

Als voorbeeld van overspecialisatie noemt KAUFFMANN de in de Verenigde Staten voorkomende titel: „specialist voor kindertandheelkunde”. Te bedenken is toch dat het begrip „preventie” het credo vormt voor iedere tandarts. Preventie begint echter nu eenmaal bij het kind. Dat ook tandheelkunde voor volwassenen preventie zou kunnen betekenen is een misvatting.

Natuurlijk, voor de collega die geen kinderen in zijn praktijk wenst te zien en voor een enkele commercieel aangelegde prothetist is zulk een kinderspecialist ongetwijfeld een uitkomst. Hoogstens zullen zij zich afvragen welke drijfveren iemand tot die vorm van specialisatie brengen! Maar moeten deze tandartsen, die uitsluitend volwassenen behandelen, dan eigenlijk ook niet de titel „specialist voor volwassenen” voeren?

Een vergelijking met de medische professie gaat niet op: de kinderarts, de hart-specialist, de oogarts, etc. dienen allen een speciale kennis te bezitten, die de algemene practicus doorgaans onthouden is. Doch in de tandheelkunde – met uitzondering van orthodontie, chirurgie en nog enkele andere specialisaties waarop ik later terugkom – kan de algemene practicus *zonder speciale kennis* zijn plichten ten aanzien van het kind ook zeer goed nakomen. Ja, zelfs niet ieder geval van orthodontische of chirurgische aard behoeft naar een specialist te worden verwezen.