

REVALIDATIE-TANDHEELKUNDE

J. M. DE HAAS

Voor lichamenlijk gehandicapte patiënten kan het in stand houden van het natuurlijke gebit van levensbelang zijn. Voor sommigen van hen is de communicatie met de hen omringende wereld slechts mogelijk, dank zij het bestaan van het natuurlijke gebit.

Patiënten met spraak- en/of slikmoeilijkheden met spastische spieren van mondbodem en tong, zullen veelal nooit een prothese kunnen dragen. Bovendien is bij deze patiënten vaak een hevige speekselvloed aanwezig, die nog verergerd zou worden door een prothese, als zij die al zouden kunnen dragen. Het komt er dus op neer, dat men bij deze patiënten de spraak en/of slikmoeilijkheden slechts zou verergeren, indien men tot gehele of gedeeltelijke extractie zou overgaan. Bij velen is de spraak de enige, vaak zeer gebrekkige communicatiemogelijkheid. Door het verlies van hun gebit, dat dan niet door een prothese vervangen kan worden, zijn zij totaal geïsoleerd.

Er zijn ook gehandicapten, waaronder spastici, die met de mond schrijven, machines bedienen of bladzijden van boeken omslaan. Voor deze groep is het behoud van hun gebit een voorwaarde, om te kunnen werken. Zonder dat werk worden zij totaal afhankelijk van anderen en verliezen het bij hen dikwijls toch al geknakte gevoel van eigenwaarde. De psychische problemen, die dan rijzen mag men vooral niet onderschatten.

De tandarts zal alles moeten doen om protheses te voorkomen. Hij zal koste wat het kost de gebitten van deze patiënten in stand moeten houden.

Het is duidelijk, dat de tandheelkundige indicatie al terstond, en niet pas, wanneer de eerste extractie dreigt, gericht moet zijn op de lichamenlijke handicap. Daarvoor is contact nodig met de neuroloog, maar ook met de revalidatie-arts en de logopedist.

Men moet deze tandheelkundige behandelingen zien als een deel van de gehele medische revalidatie en niet als een zuiver tandheelkundige aangelegenheid. Het is dan ook begrijpelijk, dat slechts in teamverband en in nauwe samenwerking tussen de verschillende disciplines tot een aangepaste tandheelkundige indicatie besloten kan worden en de behandeling kan worden uitgevoerd, die de revalidatie van de patiënt beoogt.

Daarvoor is het veelal nodig over te gaan tot zeer uitgebreide en kostbare behandelingen. Hoe de behandeling uitgevoerd zal moeten worden, moet van geval tot geval worden bekeken.

Uit veiligheidsoverwegingen zal het dikwijls nodig zijn dergelijke behandelingen onder narcose te verrichten. Daar deze patiënten dikwijls niet in

staat zijn tijdens de behandeling opdrachten van de tandarts uit te voeren en vanwege de ongecoördineerdheid van hun bewegingen, uiteraard ook in de mond, moet behandeling zonder narcose vaak als niet verantwoord worden afgewezen. Het is een dwingende eis, behandelingen onder narcose uit te voeren in een ziekenhuis. De narcose mag niet door een ander, dan door een anesthesist worden gegeven.

Men zal bij het stellen van de indicatie op de hoogte moeten zijn van alle in de mond voorkomende afwijkingen, ten gevolge van het defect van het centrale zenuwstelsel. Het bij deze patiënten veelvuldig voorkomen van hevig knarsetanden zal bij de materiaalkeuze van groot belang zijn. Men zal bovendien bij zulke patiënten geen jacketkronen maken, vanwege het gevaar van breken.

Patiënten, die de mond als grijporgaan gebruiken, zal men ook geen jacketkronen geven. Niettemin is het juist voor hen van groot belang er voor te zorgen, dat het resultaat van onze behandeling esthetisch verantwoord is. Zij zijn begrijpelijkerwijs juist op dit punt uiterst gevoelig.

Zeer hard materiaal, om doorslijten te voorkomen, is bij deze patiënten een noodzaak.

Bij geestelijk gehandicapten ligt het iets anders. Ook onder hen is een groep, die nooit een prothese zal kunnen dragen. Voor het verdragen van een ongemak, wat een prothese, vooral in het begin toch is, is een zeker minimum aan intelligentie nodig. Is dat minimum niet aanwezig, dan moet men er rekening mee houden, dat de patiënt niet zal kunnen leren met een prothese om te gaan. Ook bij deze categorie is het nodig, doch om andere redenen dan bij de hierboven beschreven groep, het gebit in stand te houden zonder prothese, om de patiënt kauwende te houden en, als zij daarvoor in aanmerking komen ook sprekende. Niettemin zal bij deze groep de indicatie anders worden gesteld, omdat deze groep patiënten doorgaans niet te kampen hebben met slik- en/of spraakproblemen en meestal wel de beschikking hebben over het gebruik van hun ledematen.

Een derde groep is de groep van de dubbel gehandicapten. Het is duidelijk, dat bij deze groep de ernst van de geestelijke handicap een contra-indicatie kan zijn voor de hierboven bedoelde behandelingswijze. Toch moet men ook bij deze groep niet te gauw tot extractie overgaan. Men kan vaak moeilijk de consequentie daarvan overzien. Ook bij deze patiënten is contact tussen de verschillende disciplines noodzakelijk, om te komen tot een indicatie waar we later geen spijt van hebben. Als voorbeeld mogen dienen patiënten met een trisomie 21 (z.g. mongolen). Zij hebben vaak slijmvliesafwijkingen en andere voor het dragen van een prothese storende afwijkingen (b.v. macroglossie) waardoor een prothese niet geïndiceerd is. Hoewel bij deze patiënten parodontopathieën veelvuldig voorkomen is het grijpen naar de extractietang toch veelal niet gewenst. Spalkbruggen zijn dan wenselijker.

Het ligt ook op het terrein van de revalidatie-tandarts de logopedist in

zijn taak te steunen, door verbetering van de tandboog. Dat dit bij deze patiënten veelal niet langs orthodontische weg bereikbaar is, is duidelijk.

De dikwijls grote kosten, die gepaard gaan met deze behandelingen, zullen tegenwoordig vrijwel overal door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten opgevangen kunnen worden, voor zover het intramuraal zorg betreft. Het ware te hopen, dat ook spoedig deze A.W.B.Z. van toepassing verklaard zal worden voor patiënten, die thuis verpleegd worden.

Heemstedse dreef 186,
Heemstede.

BLADVULLING

Gedurende het studiejaar 1967/'68 waren voor de studierichting Tandheelkunde in totaal 23 (1966/'67: 15) buitenlandse studenten aan de Nederlandse universiteiten ingeschreven.

Eén daarvan was afkomstig uit Bulgarije, 2 uit Duitsland, 19 uit Indonesië en 1 uit Zuid-Afrika.

(Uit: „Uitleg” van 17 september 1969, no. 169; bron Centraal Bureau voor de Statistiek.)