

rende macht, weer diverse andere problemen zullen oproepen. Zo zullen zich ongetwijfeld weerstanden manifesteren tegen het creëren van hulpkrachten met uitgebreide bevoegdheid: de schrik voor het tewerkstellen van 'onbevoegden' zit er bij de vaderlandse vakgenoten nog altijd tamelijk stevig in. Maar is dat inmiddels niet een achterhaalde zaak, vooral als men let op de bevoegdheden - en dus de verantwoordelijkheden - die verpleegkundigen dikwijls dragen? Is het misschien ook wat hypocriet, wanneer men stelt dat preparaties en restauraties alleen door universitair opgeleide tandartsen mogen worden uitgevoerd? Dat lijkt vooral zo, wanneer de praktijk uitwijst dat deze verrichtingen - door welke oorzaak dan ook - dikwijls op een wijze geschieden, die volstrekt niet in overeenstemming is met aan de universiteit onderwezen normen.

Een andere vraag is of door de genoemde scheiding der machten de tandheelkundige behandeling in Nederland

misschien nog kostbaarder zal worden dan zij thans al is, een toestand die sinds jaar en dag het beroep in een niet al te best daglicht bij het publiek doet staan. Of stelt men zich voor dat deze maatregelen juist kostenbesparend zullen werken? Deze kwestie is van bijzondere betekenis voor de vele ziekenfondsverzekerden, die Nederland telt.

Zo zijn er tal van vragen, die wellicht zullen bijdragen tot een gevoel van onbehagen bij menigeen. Het zal echter duidelijk zijn dat er op redelijk korte termijn iets moet gebeuren om in de bestaande nood te voorzien en ook om het twijfelachtige imago, dat de tandheekunde en haar beoefenaars thans algemeen - en niet geheel ten onrechte - genieten, te herstellen. Maar in het bijzonder om het beroep zijn rechtmatige plaats in het raam van de volksgezondheidszorg te geven. Want die komt het, gezien het gehalte van de huidige opleiding, toe.

V.

VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

NEDERLANDSE VERENIGING VAN TANDARTSEN

Verslag Najaarsvergadering 1973

Tijdens de *huishoudelijke vergadering* op 16 november 1973 van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen in het Jaarbeurscongres- en vergadercentrum aan de Croeselaan te Utrecht, werden - op grond van art. 3 van het Huishoudelijk Reglement - Dr. J. J. ten Bosch (lector in de tandheelkundige fysica aan de rijksuniversiteit te Groningen) en Dr. E. J. 's-Gravenmade (lector in de biochemie van de mondholte, eveneens aan de rijksuniversiteit te Groningen) als buitengewoon lid toegelaten. Bovendien werden 37 nieuwe leden geïnstalleerd. Voor het overige bevatte de agenda voor dit gedeelte de gebruikelijke punten.

Aansluitend werd een aanvang gemaakt met de *wetenschappelijke vergadering*, welke - met uitzondering van beide laatste voordrachten - in het teken stond van het onderwerp: 'Frontandtrauma's bij het kind'. De agenda voor deze vergadering omvatte de volgende voordrachten.

1. Dr. J. Dorenbos (orthodontist te Amsterdam): '*Enkele orthodontische aspecten bij traumata van de fronttanden.*'

Samenvatting:

Traumata op jeugdige leeftijd kunnen leiden tot complicaties, die belangrijke gevolgen voor een orthodontische behandeling hebben. Enerzijds wordt door bepaalde orthodontische gebitsafwijkingen de kans op een fractuur aan een van de frontelementen vergroot. Zo lopen patiënten met een vrij extreme klasse 11/1-malocclusie een groter risico met betrekking tot het ontstaan van fracturen aan een van de fronttanden. Dit is dan ook een reden om bij deze groep een scherp geïndiceerde, tijdelijke orthodontische behandeling toe te

passen.

Anderzijds echter bestaat de noodzaak een behandeling te moeten toepassen, bijvoorbeeld bij uitgeslagen voortanden. Dit komt vooral op jeugdige leeftijd voor, met name omdat dan orthodontische regulatie de voorkeur heeft boven andere behandelingsmethoden. Aan de hand van een aantal voorbeelden werd ingegaan op een aantal diagnostische aspecten; zo werden o.a. het tijdstip, waarop het trauma zich voordoet en de (mogelijke) gevolgen hiervan op de verdere gebitsontwikkeling besproken. Ook werd de preventieve zijde, het voorkomen van traumata in bepaalde situaties, belicht. Tenslotte werd ingegaan op de samenwerking van huistandarts en specialist, zowel wat betreft verwijzing als wel de gezamenlijke opbouw van een behandelingsplan.

2. L. van Dijk (wetenschappelijk hoofdmedewerker R.U. Groningen): '*Dento-alveolaire traumatologie*' en '*Diagnostiek en behandeling van wortelfracturen en geluxeerde gebitselementen.*'

Samenvatting:

De dento-alveolaire traumata kunnen worden ingedeeld naar ernst van het trauma. Bij het ontstaan van het trauma spelen verschillende factoren een rol. Beschadiging van blijvende elementen ten gevolge van een trauma op het melkgebit kan voorkomen, zodat een controleperiode, die zich uitstrekt tot in de wisselperiode, nodig kan zijn. De klinische en röntgenologische diagnostiek en behandeling van wortelfracturen en geluxeerde gebitselementen werden behandeld. De complicaties in de vorm van uitstoting en de verschillende resorptiepatronen werden aan de hand van röntgenfoto's besproken. Op de prognose van de verschillende traumata werd ingegaan, omdat deze van belang is voor een juiste indicatiestelling mede met het oog op eventuele orthodontische behandeling.

3. Dr. A. J. van Hillemondsberg (orthodontist te Amsterdam): '*Frontandtrauma's bij kinderen.*'

Samenvatting:

Bij fronttandtrauma's wordt de orthodontist vooral geconsulteerd in ernstige gevallen, waarbij de uiteindelijke kansen van het betreffende element moeten worden beoordeeld.

Bij jonge kinderen zal de noodzaak tot behoud van het element, al of niet gepaard gaande met pulpabehandeling, replantatie of apexresectie, zorgvuldig dienen te worden afgewogen, vooral wanneer tevens een malocclusie met ruimtegebrek of protrusie aanwezig is, welke eveneens vroeger of later dient te worden behandeld.

Wanneer de beslissing extractie is gevallen of wanneer het frontelement niet meer te replanteren is, blijkt in vele gevallen orthodontische behandeling noodzakelijk. Aan de hand van enkele klinische gevallen werden de problemen welke hierbij optreden en ook enkele resultaten besproken, vooral met het oog op de eindbehandeling welke door de prothetist veelal eerst na het 18de jaar kan worden uitgevoerd.

4. Mej. F. J. H. Klevant (wetenschappelijk hoofdmedewerker R.U. Utrecht): *'Hulpmiddelen ter vaststelling van de toestand van getraumatiseerde frontelementen.'*

Samenvatting:

Van te voren zal zo goed mogelijk moeten worden vastgesteld wat er precies aan de hand is met het gebitselement, dat een trauma heeft ondergaan, om de juiste behandeling te kunnen instellen.

Hiervoor staan ons naast het klinisch onderzoek verschillende hulpmiddelen ter beschikking zoals de röntgenfoto en de vitaliteitstest. Hoewel deze hulpmiddelen hun beperkingen hebben, zijn ze onmisbaar. De beperkingen en het nut ervan werden besproken.

5. Mej. F. J. H. Klevant (wetenschappelijk hoofdmedewerker R.U. Utrecht): *'De problematiek van de endodontische behandeling van getraumatiseerde frontelementen.'*

Samenvatting:

Afhankelijk van de vastgestelde toestand van het getraumatiseerde gebitselement wordt de endodontische therapie, indien deze geïndiceerd is, ingesteld. In een aantal gevallen zal de endodontische behandeling niet de definitieve zijn, maar slechts overgangsfase. Dit zal meestal zo zijn bij de onvolgroeide gebitselementen en die waarbij een replantatie heeft plaatsgevonden met de daarna optredende wortelresorptie waardoor het betrokken element verloren gaat.

Het vitaal of niet (meer) vitaal zijn van de tandpulpa, evenals de plaats van de fractuur bij optredende wortelfracturen, kan invloed hebben op de te kiezen endodontische behandeling. Indien in eerste instantie besloten wordt geen endodontische behandeling in te stellen, wil dit niet zeggen, dat op een later tijdstip hier toch niet toe moet worden overgegaan.

6. R. van Teeseling (wetenschappelijk hoofdmedewerker V.U. te Amsterdam): *'Restauratieve mogelijkheden van gefractureerde frontelementen bij kinderen.'*

Samenvatting:

Een juiste indicatiestelling moet aan de uitvoering van de restauratie van het gefractureerde frontelement vooraf gaan. Om dit te kunnen

doen, moeten alle symptomen nauwkeurig worden waargenomen. Een visuele inspectie, ondersteund door een vitaliteitstest en het beoordelen van het röntgenbeeld, draagt hiertoe bij. De restauratieve mogelijkheden variëren van het beslijpen van het glazuur defect via de hoekopbouw eventueel met pinnen, tot de volledige kroon. Iedere restauratie moet in de eerste plaats gezien worden als een herstel van de functie van het gebitselement en daarna pas komt de esthetiek in het geding.

7. Dr. H. Tideman (specialist voor Mondziekten en Kaakchirurgie te Arnhem) en H. A. de Koomen (wetenschappelijk hoofdmedewerker K.U. te Nijmegen): *'Indicatie en toepassing van de vestibulumplastiek met behulp van het vrije mucosatransplantaat.'*

Samenvatting:

Bij een aantal patiënten is het niet mogelijk een prothetische voorziening te verkrijgen zonder dat er een chirurgische correctie aan voorafgaat. Dit geldt zowel voor alveolaire als voor gnathogene afwijkingen en zowel bij dentate als edentate patiënten.

Zo kan bijvoorbeeld een verkeerde intermaxillaire relatie door een osteotomie verbeterd worden en bij een sterk geresorbeerde processus alveolaris kan een vestibulumplastiek noodzakelijk zijn om een goede basis voor een prothese te verkrijgen. Immers, de resorptie heeft als gevolg dat de omslagplooi verstrikt en de spieraanhechtingen de kam raken.

Verschillende technieken zijn reeds ontwikkeld om een relatieve verhoging van de processus te verkrijgen. Om bepaalde nadelen van deze technieken te ondervangen werd een operatiemethode ontwikkeld waarbij mucosa door mucosa vervangen wordt. Het slijmvlies wordt uit de wang genomen omdat daar voldoende weefsel aanwezig is voor een plastiek in de onder- en bovenkaak. Ook bij fibromen, 'flabby ridges' en scherpe kammen is een vestibulumplastiek gewenst, daar bij correctie van deze afwijkingen een verstriken van de omslagplooi waarschijnlijk is.

Alleen dan zal voor de patiënt een optimale behandeling mogelijk zijn als in gezamenlijk overleg met de betrokken specialisten de indicatie wordt gesteld.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR KINDERTANDHEELKUNDE

Nieuw bestuur

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde is thans als volgt samengesteld:

M. F. van Grunsven:	voorzitter,
Dr. W. J. H. Berendsen:	vice-voorzitter,
J. Krakau de Jong:	1e secretaris,
	de Savornin Lohamanstraat 29,
	Groningen,
	telefoon 050-252339,
Mej. Th. M. C. Versteeg:	2e secretaris,
T. G. J. Kuipéres:	penningmeester,
Mevr. J. B. M. Honée-Bloem:	assessor,
J. A. Collet:	assessor.

NEDERLANDSCH TANDHEELKUNDIG GENOOTSCHAP

Verslag 210e ledenvergadering d.d. 21 september 1973

De najaarsvergadering van het Genootschap werd gehouden in het Teylers Museum te Haarlem, waardoor voordrachten en vergaderingen konden worden gecombineerd met het bezichtigen van de afdelingen van het museum: het kunstkabinet, het penningkabinet, het natuurkundig kabinet en de mineralogisch-paleontologische afdeling.

Tijdens het huishoudelijke gedeelte werd het huidige bestuur voor een periode van 2 jaar herkozen en werden negen nieuwe leden geïnstalleerd.

De eerste voordracht werd gehouden door P. R. van Mens, die berichtte over zijn promotie-onderzoek betreffende de reactie van het gezonde palatumslimvlies op een prothese met gehemelteplaat. Door epitheelcellen af te schrapen over een oppervlakte van bepaalde afmetingen en deze cellen histochemisch te bestuderen werd de mate van verhoorning bepaald. Bij een aantal patiënten werd een bovenprothese gemaakt, die de helft van het palatum bedekte, zodat verschillen in keratinisatie tussen het bedekte en het vrije slijmvlies konden worden nagegaan.

Het bedekken van het palatumslimvlies bleek een daling van de verhoorning van het epitheel te veroorzaken; druk van de plaat op het gehemelte had nauwelijks een hoger verhoorningspatroon tot gevolg. Vermeldenswaard is de waarneming dat bij vrouwen de verhoorning onder invloed staat van de ovulatiecyclus: het wegvalen van een bepaald oestrogeen hormoon (oestron) werkt keratinisatiebevorderend.

Van der Waal toonde een aantal röntgenfoto's met radiopaque structuren. Botverdichting is in het algemeen het gevolg van een aandoening van goedaardig karakter; maligne tumoren in het kaakbot veroorzaken meestal radiolucenties. De radiopaque structuur kan een op zichzelf staande aandoening zijn (odontoom, skleroserende osteomyelitis) maar ook wijzen op een gegeneraliseerde afwijking, waarbij elders in het skelet eveneens botverdichtingen voorkomen (fibreuze displasie, osteopetrosis).

In veel gevallen kan de diagnose gesteld worden met behulp van de röntgenfoto alleen, eventueel met twee foto's in verschillende richtingen (speekselsteen in de ductus van de glandula submandibularis), soms kan het klinische beeld een aanwijzing geven en in enkele gevallen is een biopsie noodzakelijk om met zekerheid de diagnose te kunnen stellen.

L. Coppes liet resultaten zien van vrije mucosatransplantaten: een methode om een nieuwe zone van aangehechte gingiva aan te brengen in die gevallen waar ten gevolge van pockets, frena of clefts de bodem van de sulcus vrijwel grenst aan de beweegbare alveolaire mucosa. Deze toestand kan aanleiding geven tot versnelde afbraak van het vestibulaire parodontium. Na een incisie ter hoogte van de muco-gingivale lijn wordt een smalle zone van het kaakbot vrijgelegd, waarop een strook slijmvlies uit het palatum wordt aangebracht. Met een geschikt wondverband (b.v. Histoacryl) wordt het transplantaat gefixeerd en het defect in het palatum overdekt totdat het is geëpitheliseerd.

R. F. van Hoof gaf mogelijkheden aan van fysiotherapie voor mond en kaak, die toegepast kunnen worden bij trismus en zwelling na een chirurgische ingreep. Meestal wordt daarbij de methode van passief oprekken met een conisch houtblok of kunstharsplaten met schroef toegepast. Door een kunstharsklos met een handvat te maken, die door de patiënt zelf in en uit de mond kan worden gebracht, en deze

klos periodiek te vergroten kan ook een actieve oprekking worden bewerkstelligd.

Bestraling met infrarood veroorzaakt hyperemie met een verhoogde stofwisseling en verhoogde resorptie, en heeft tevens een analgetisch effect. Een grotere dieptewerking dan infraroodbestraling heeft de radarthermie: een elektromagnetisch veld, door een hoogfrequente stroom opgewekt, wordt omgezet in warmte door de weerstand in het weefsel. Een ander soort apparaat zendt ultrasonore trillingen uit, opgewekt door een piezo-elektrisch kristal, waardoor een masserende werking wordt uitgeoefend.