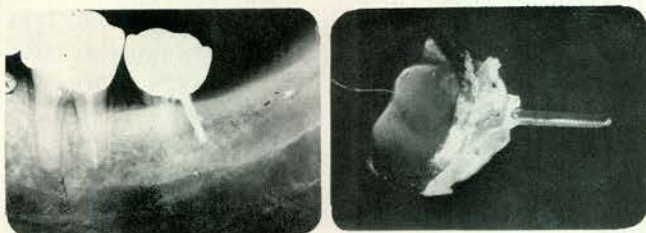


RÖNTGENRAADSELS

2. EEN 'BEWEEGLIJKE' METALEN KROON

A. C. M. VAN DE POEL



Afb. 1. Links peri-apicale röntgenfoto van de 36 en 37; opvallend is de vervoortgeschreden resorptie van de wortels van de 37. Rechts de 'verwijderde' 37.



Afb. 2. Peri-apicale röntgenfoto van wat er achterbleef nadat de 37 was uitgenomen.

De patiënt meldde zich met als enige klacht, een naar zijn zeggen, meer dan de overige gebitselementen te bewegen kroon op de 37, hetgeen hem verontrustte. Hij durfde er niet mee te kauwen. Bij het mondonderzoek werd ter plaatse een gezonde gingiva waargenomen. De metalen kroon zat niet los en het element was bij lichte druk 'normaal' beweeglijk. Op de gemaakte röntgenfoto blijkt dat naast een peri-apicale zwarting ter plaatse van de mesiale wortel van de 36 de wortels van de 37, op een gedeelte van de mesiale wortel na, vrijwel geheel zijn verdwenen. De metalen stift van de opbouw steekt rechtstreeks in het bot. Het verdwenen tandmateriaal is geheel door normaal gestructureerd spongieus bot vervangen. Of we hier te maken hebben met interne- of externe resorptie is gezien het vergevorderde stadium hiervan niet meer uit te maken. Als oorzaak wordt in de literatuur wel een trauma vermeld (Stafne, 1969). Uit de anamnese kon behalve de wortelkanaalbehandeling, het prepareren, afdrukken en plaatsen van de opbouw en de kroon geen trauma als mogelijke oorzaak worden gelicht. Het bewuste element kon met weinig moeite met de vingers worden verwijderd. Wat er toen in de kaak achterbleef is op de reproductie van de vervolgens vervaardigde röntgenfoto in afbeelding 2 te zien.

Literatuur:

1. Stafne E. C. (1969): Oral roentgenographic diagnosis. W. B. Saunders, Philadelphia - Londen - Toronto.

Junij 1975.

Adres: Dr. A. M. C. van de Poel,
Philips van Leydenlaan 25,
Nijmegen.

REDACTIONELE COMMENTAAR

OVER HET VRAAGSTUK DER ZOGENAAMDE 'TANDHEELKUNDIGE INRICHTINGEN'

Nu de aandacht onlangs weer eens is gevestigd op het randverschijnsel der 'tandheelkundige inrichtingen' binnen ons maatschappelijk bestel, lijkt het nuttig enige relevant te achten vragen onder ogen te zien. Allereerst hoe ligt dit gebeuren binnen deze geordende samenleving, voorts waarom en hoe functioneert het en tenslotte hoe moet het worden beoordeeld en wat is een aangepast beleid?

Historisch gezien heeft de samenleving het noodzakelijk geacht om door middel van wettelijke regelingen bepaalde vormen van dienstverlening voor te behouden aan uitverkoren groepen van haar daartoe gekwalificeerde leden. Anders gezegd, zij verleende en verleent nog steeds een monopolie voor het aanbieden van bedoelde diensten aan beoefenaren

van duidelijk gedetermineerde beroepen. Waarom kan men vragen. Het antwoord lijkt niet moeilijk te geven: zij wenst zichzelf te beschermen. Immers door het vast stellen van dit monopolie kan de inhoud van de dienstverlening worden omschreven en kunnen kwaliteitseisen aan de opleiding worden gesteld. Zijn degenen die de opleiding volgden getoetst dan kunnen zij als gekwalificeerd worden beschouwd en aldus bevoegd worden verklaard. Tevens is het mogelijk en gebruikelijk om in het beroep een ethische code in te bouwen. Alles met het doel de integriteit van de mens voor aantasting te vrijwaren. De geschetste ontwikkeling geldt in meerdere of mindere mate voor vele beroepen, ambachten, onderwijsinstellingen, zelfs tot op zekere hoogte voor commerciële ondernemingen (b.v. het middenstandsdiploma). Het ligt voor de hand dat de wettelijke kaders, waarbinnen met name de gezondheidszorg functioneert, uitermate strak getrokken dienen te zijn. Het beginsel dat bij de dienstverlening de behartiging van de belangen der hulpzoekenden centraal staat is in de medische beroepen

algemeen aanvaard en niet meer voor discussie vatbaar. Het begrip 'honorarium' voor de materiële tegenprestatie ontleent hieraan zijn inhoud.

Vóór 1865 was de volksgezondheid enerzijds het werkterrein van diverse soorten universitair geschoolde medici en tevens van heelmeesters opgeleid aan klinische scholen, anderzijds het welkom jachtveld voor een rijkgeschakeerde verzameling van volksgenezers, van wonderdokters, handopleggers en kruidkundigen tot paragnostisch begaafden en zo meer. In dat jaar maakte Thorbecke, althans formeel, een eind aan deze vorm van folklore door middel van een wet die onder meer luidde: 'uitoefening der geneeskunst, waaronder de wet verstaat het verlenen van genees-, heel- of verloskundige raad of bijstand, is alleen geoorloofd aan degenen aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de wet is toegekend'. Pogingen om binnen de geneeskunde wettelijk meer ruimte te verschaffen aan andere bonafide genezers hadden géén succes. Een daartoe ingestelde staatscommissie concludeerde in 1917 dat het onmogelijk was onderscheid te maken tussen wel en niet betrouwbare onbevoegde genezers. Hoe denkt de artsenstand thans over deze materie? In een enquête in 1969 ingesteld door Cannegieter blijkt dat de helft van de huisartsen geporteerd is voor een wettelijke regeling voor paranormale genezers, weliswaar onder medisch toezicht, terwijl de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst principieel tegen erkenning was. De Staatscommissie Peters, ingesteld in 1965 om te komen tot een wettelijke regeling, trachtte onderscheid tussen bonafide en malafide genezers te maken. In 1973 bereikte haar advies de Staten-Generaal.

Hierin kan men lezen: 'Ook aan ongekwalificeerden zal het in beginsel niet verboden zijn het terrein van de individuele gezondheidszorg, voorzover niet aan gekwalificeerden voorbehouden te betreden, onverminderd hun verantwoordelijkheid, ook strafrechterlijk, voor de schade aan de gezondheid van de patiënt, die door hun optreden mocht worden veroorzaakt'. Deze voorbehouden gebieden zijn: het verrichten van heilkundige en van verloskundige behandelingen, het uitoefenen van de tandheelkunde, het geven van een injectie, het verrichten van een punctie en toepassen van enig gevoelloos makend middel. Hoewel het voor onbevoegde genezers thans nog steeds een strafbaar feit is patiënten te behandelen, zou het overnemen van bovenvermeld advies door de wetgever meer ruimte scheppen voor de bonafiden onder hen.

De tandheelkundige professie heeft zo haar eigen zorgen in deze materie niet gemist. Het vraagstuk der onbevoegden en hun groepsgewijze bevoegdverklaring is in dit tijdschrift bij herhaling aan de orde gesteld. Het soms wat merkwaardige en opportunistische beleid van de overheid op instigatie van door het lot der onbevoegden bewogen kamerleden heeft een aantal malen tot legalisering van deze praktikanten geleid. Wij danken er de groep der tandheelkundigen aan en zullen er hier verder het zwijgen toe doen.

Het zorgenbarend randverschijnsel der 'tandheelkundige inrichtingen' is thans weer actueel geworden en daar was een calamiteit voor nodig. Een jonge vrouw overlijdt na het toedienen van de narcose. Het is duidelijk dat de behandelende artsen c.q. tandartsen, werkend voor eigen rekening en risico, wederom moeilijk aangepakt zullen kunnen

worden. Zij zijn volgens de wet op de tandheelkundige inrichtingen van 30 maart 1955 'tot bestrijding van ongewenste praktijken bij zogenaamde tandheelkundige inrichtingen' slechts verplicht van hun werkzaam zijn aldaar schriftelijk mededeling te doen aan de inspecteur van volksgezondheid. Een wat naïef aandoende regeling, die veronderstelt dat het paal en perk stellen aan deze 'ongewenste praktijken' (sic) hierdoor voldoende geëffectueerd zou kunnen worden. Ook het in deze wet vastgelegde voorschrift dat in het behandellokaal niet méér patiënten aanwezig mogen zijn dan bevoegde hulpverleners is, gezien de conditie van de genarcotiseerde patiënt zelfs niet naïef meer te noemen maar bepaald dom. Afgezien nog hiervan is het ronduit verwerpelijk dat een puur met het oog op winstbejag gedreven instelling niet geëlimineerd zou kunnen worden. Het is zonder meer ontoelaatbaar dat het binnen deze aan ethische normen gebonden professies mogelijk is werkzaam te zijn in een instelling, waarvan de enige drijfveer het winstbejag is. Deze redenering vervolgend ligt het voor de hand dat materiële uitbuiting van de hulpzoekende patiënt dan wel medewerking daaraan gestraft dient te worden met het ontnemen van de bevoegdheid. Het is hier niet de plaats om in te gaan op de rechtskundige mérites; deze zijn secundair. Het is voldoende vast te stellen dat iedere vorm van juridische vrijwaring van deze praktijken in feite een ontkrachting van de wettelijk gefundeerde maatschappelijke orde is. Het is de wetgever die hier adequaat dient in te grijpen.

Terecht beschouwt de tandheelkundige professie deze vormen van dienstverlening als een inbreuk op de haar toevertrouwde taak en functie in de maatschappij, wetende dat zij bereid en in staat is een betere en zeker niet kostbaarder hulp te bieden. Toch is dit niet voldoende! Blijkbaar ervaren velen de behoefte aan een vorm van hulpverlening, die binnen de erkende systemen van tandheelkundige gezondheidszorg niet bevredigd wordt. Mede daaraan is het te wijten dat een aantal grotere inrichtingen – in Rotterdam (4-5) en in Amsterdam (2) en over het gehele land verdeeld een geschat aantal van 250 van dergelijke instellingen – de mogelijkheid geopend ziet hun diensten aan de man te brengen. Abjecte reclame en acquisitiepraktijken stellen schijnbaar aanlokkelijke behandelmogelijkheden in het vooruitzicht, waarvan de soms kwalijke afloop door de gedupeerden blijkbaar niet graag openlijk erkend wordt.

Tenslotte ligt het voor de hand enige conclusies uit dit alles te formuleren.

– Erkent de overheid de huidige wettelijk verankerde vormen van tandheelkundige gezondheidszorg als terecht en doelmatig, dan zal zij dit ter bescherming van de samenleving door middel van een aangepast en effectief controle- en vervolgingsbeleid tot uitdrukking moeten brengen, daar zij anders deze 'ongewenste praktijken' eerder stimuleert dan uitroeit en tevens dit vervolgingsbeleid frustreert.

– Erkent de professie en met name de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde dat de gewraakte vormen van hulpverlening voor sommige groepen van de bevolking, ongeacht de door reclame opgevoerde vraag, een oplossing voor hun gebitslijden bieden, dan

dient zij hierop met een slagvaardig en aangepast beleid te reageren, daar zij de morele plicht heeft hulpzoekenden, hoe slecht ook geïnformeerd en gemotiveerd, niet onverzorgd te laten.

– Indien het bestaan van deze verwerpelijke inrichtingen mede te wijten is aan een verkeerd gekanaliseerde vraag naar hulp vanuit delen van de bevolking, dan dient de T.G.V.O. (tandheelkundige gezondheids-voorlichting en -opvoeding) zich in alle openheid en duidelijkheid op deze categorieën te richten.

– Gedragswetenschappelijk onderzoek is nodig naar de vragen welke categorieën der bevolking deze vorm van hulp

zoeken, wat hun motieven zijn en in welk opzicht de professe gebrekkig functioneert. Deze vragen, evenals zovele andere, kunnen slechts na genoemd onderzoek worden beantwoord. Eerst dan kunnen uitspraken van professionele zijde voldoende gefundeerd zijn en de gewenste overtuigingskracht bezitten. Mutatis mutandis geldt dit zelfde voor de overheid bij het opstellen van wettelijke regelingen. Beider belangen lopen volledig parallel, zodat de conclusie voor de hand ligt dat deze vraagstukken in een nauw samenwerkingsverband tot een oplossing gebracht moeten worden.

v. S.

VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

NEDERLANDSCH TANDHEELKUNDIG GENOOTSCHAP

Verslag 213e ledenvergadering d.d. 13 maart 1975

Voor het wetenschappelijk gedeelte stond een aantal voordrachten op het programma, betrekking hebbend op de bacteriologische, klinische en fundamentele aspecten van natuurlijke en kunstmatige initiële cariës. In hoofdzaak kwam daarbij de plaque en de z.g. 'white spot' ter sprake. Plaque bestaat voor het grootste deel uit bacteriën en verder uit stoffen uit het speeksel en bacteriële stofwisselingsproducten o.a. extracellulaire polysacchariden, die ook in vitro door bacteriën kunnen worden geproduceerd in de vorm van een kleverige laag, waarin zuur wordt gevormd.

Dr. J. D. de Stoppelaar bracht verslag uit van een onderzoek, waarbij een genetische mutant van de streptococcus mutans werd gekweekt die een niet-kleverige en oplosbare plaque produceert; bij proefdieren veroorzaakt de bacterie geen cariës. Ook in vitro ontstaat het typische ontkalkingspatroon (subsurface white spot) onder deze omstandigheden niet. In vivo werd deze eerste glazuuraantasting bestudeerd bij een longitudinaal klinisch onderzoek, dat door Drs. Tj. Pot werd toegelicht. In Tiel en Culemborg werden gedurende 6 jaar white spots onder observatie gehouden, waarbij werd geconstateerd dat deze zich niet altijd ontwikkelden tot een echte carieuze laesie, maar dikwijls onveranderd bleven bestaan en soms zelfs weer verdwenen. Er blijkt dus een veranderlijk evenwicht te bestaan tussen demineralisatie en remineralisatie. In Tiel bleven meer white spots onveranderd bestaan dan in Culemborg en de niet aangetaste laag tussen de 'subsurface lesion' en het glazuerooppervlak was dikker.

Door Prof. Dr. J. Arends werd aan de hand van microscopische preparaten (tot 2½ miljoen maal vergroting) het proces van ontkalking toegelicht. Het in de plaque gevormde zuur dringt door de interprismatische substantie (enamelle) het glazuur binnen, waarna de kristallieten (hydroxyl-apatiet) van binnen worden uitgehold. De organische matrix blijft aanvankelijk intact en in dit stadium schijnt remineralisatie nog mogelijk te zijn.

Met behulp van verschillende onderzoekstechnieken (microradiografie, ultrageluid, röntgendiffractie) werd door Dr. C. L. Davidson aangetoond dat de 'subsurface layer' zachter en minder radiolucent

is en dat bij remineralisatie een ander mineraal (brushiet) in het uitgeholde kristalliet wordt afgezet.

Remineralisatie vindt plaats door diffusie van calcium- en fosfaat-ionen uit het speeksel maar kan ook worden bewerkstelligd door een kunstmatige 'calcifying solution' die dezelfde ionen bevat. Dr. A. Groeneveld deelde de resultaten mede van een onderzoek, waarbij werd aangetoond dat het glazuur minder oplosbaar wordt wanneer aan deze oplossingen fluoriden zijn toegevoegd. In het bijzonder zijn tinfluoride-oplossingen zeer effectief. Over de concentratie daarvan, de tijd van appliceren en de temperatuur, waarbij het proces het snelst verloopt, zijn nog onderzoekingen gaande bij TNO. Voor de algemeen-practicus komt als belangrijkste gegeven thans reeds naar voren dat het beslijpen van 'white spots' zolang het glazuerooppervlak nog intact is, moet worden afgeraden.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MONDHEELKUNDE EN CHIRURGISCHE PROTHETIEK

Verslag voorjaarscongres Ned. Ver. tot Bevordering der Chirurgische Wetenschappen d.d. 3 mei 1975 te Leiden

Op 3 mei 1975 vond te Leiden een wetenschappelijke vergadering plaats in het kader van het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging tot Bevordering der Chirurgische Wetenschappen. Voorzitter tijdens deze bijeenkomst was Dr. J. Hovinga. Van de gehouden voordrachten volgen hieronder de korte samenvattingen.

1. Dr. H. A. Kraaijenhagen (Vrije Universiteit, Amsterdam): 'Diagnostiek van tumoren van de grote speekselklieren.'

Samenvatting:

In Nederland komen per jaar per 100.000 inwoners ongeveer 3 tumoren voor van de speekselklieren. Hiervan is 30% maligne. Thackray geeft de volgende verhoudingen over het voorkomen van tumoren in de verschillende speekselklieren, gl. parotis : gl. submandibularis : gl. sublingualis : accessorische speekselklieren = 100 : 10 : 1 : 10.

Met de anamnese, inspectie en palpatie kan een differentiële diagnose worden gesteld die met sialografisch, cytologisch en scintigrafisch onderzoek verder kan worden uitgewerkt. Mede op grond van ervaring bij twintig tumoren van de grote speekselklieren