

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 (enamelline) 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 fosfaationen 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

blijkt het scintigrafisch onderzoek vooral bij het adenolymfoma (Warthin's tumor) en het oncocytoom een belangrijk diagnostisch hulpmiddel te zijn.

2. Dr. I. van der Waal (Vrije Universiteit, Amsterdam): 'Diagnostiek van tumoren van de kleine speekselklieren.'

*Samenvatting:*

De meeste tumoren van de speekselklieren zijn gelokaliseerd in de grote speekselklieren. Slechts  $\pm 10\%$  van alle speekselkliertumoren ontstaan in de kleine of accessorische speekselklieren, die voorkomen in de mondholte, de neus, de neusbijholten en de farynx.

Een duidelijk etiologisch moment voor het ontstaan van deze tumoren ontbreekt. Er is geen uitgesproken voorkeur voor ras of geslacht. De gemiddelde leeftijd ligt tussen het veertigste en vijftigste jaar. De voorkeurslokalisatie is het palatum molle en het achterste  $\frac{1}{3}$  deel van het palatum durum, gevolgd door de bovenlip, de wang, de mondbodem en de tong. Een speekselkliertumor in de onderlip is een zeldzame bevinding. De speekselkliertumor in de mond presenteert zich vrijwel zonder uitzondering als een niet ulcererende, pijnloze zwelling. Het klinisch beeld geeft weinig houvast bij de voorspelling over het al of niet maligne zijn van een speekselkliertumor.

Dezelfde tumoren die in de grote speekselklieren voorkomen, kunnen ook in de mond voorkomen met als enige uitzondering het lymfadenoma. Door de World Health Organization is in 1972 een classificatie voorgesteld, die kan bijdragen tot een verduidelijking en vereenvoudiging in de terminologie van de speekselkliertumoren.

De behandeling bestaat bij voorkeur uit chirurgische verwijdering. Het zijn voornamelijk de tumoren van het palatum die problemen opleveren. Een tumor op deze plaats kan niet goed in toto worden gecalpeerd. Veel waarde dient te worden gehecht aan de planigrafie van het onderliggende bot en de uitslag van de pre-operatieve biopsie. Het vooraf op de hoogte zijn van het type tumor is doorslaggevend voor de opzet van de operatie. Dit is te belangrijk om van een vriescoupe te laten afhangen. Tenslotte worden enkele ervaringen met 30 patiënten met een speekselkliertumor in de mond besproken en toegelicht met diapositieven.

3. Dr. G. B. Snow (Vrije Universiteit en Antoni van Leeuwenhoekhuis, Amsterdam): 'Therapeutische aspecten van tumoren van de grote en kleine speekselklieren.'

*Samenvatting:*

Het is van belang bij een bespreking van de therapie van speekselkliertumoren onderscheid te maken tussen tumoren van de glandula parotis, die van de glandula submandibularis en die van de kleine speekselklieren. Voor de tumoren van de glandula sublingualis gelden dezelfde behandelingsprincipes als voor de tumoren van de kleine speekselklieren. Aan de parotistumoren wordt het belang van teambenadering geïllustreerd. Hoewel chirurgie de belangrijkste mogelijkheid van behandeling is, kunnen radiotherapie en chemotherapie zeer waardevol zijn. Samenwerking met een patholoog-anatoom die ervaring heeft met speekselkliertumoren is een conditio sine qua non voor een adequate behandeling. De meerderheid van de maligne parotistumoren vertoont klinisch geen duidelijk maligne kenmerken zoals infiltratie in de omgeving, uitval van de nervus facialis, zeer snelle groei of halskliermetastasering. Bij

adequate primaire behandeling – waarbij vriescoupe-onderzoek van de uitgenomen oppervlakkige parotiskwab meestal een beslissende rol speelt – heeft deze groep een goede prognose terwijl het veelal gelukt de nervus facialis te sparen of de functie ervan te herstellen met behulp van een vrij zenuwtransplantaat.

Een zwelling van de glandula submandibularis welke niet duidelijk op een ontsteking berust, dient als een tumor beschouwd te worden. De minimale standaardbehandeling – onafhankelijk of het een benigne dan wel een maligne tumor betreft – is het chirurgisch volledig uitruimen van de suprahyoidale driehoek. Op geleide van het klinisch beeld, de operatiebevindingen en de P.A.-diagnose (vriescoupe-onderzoek) kan deze operatie eventueel worden aangevuld met een 'neckdissection', postoperatieve bestraling, of pre-operatieve chemotherapie. Het is een kunstfout alleen de glandula submandibularis te extirperen. Bij iedere submucoze zwelling in de bovenste lucht- en voedselweg dient gedacht te worden aan een tumor van één van de kleine speekselklieren. De kans dat deze maligne is, is groter dan 50%. Aangezien behandeling vrijwel steeds een uitgebreide resectie inhoudt, dient de diagnose tevoren vastgesteld te worden met behulp van een z.g. 'incisional biopsy' onder algehele narcose. De aard en de omvang van de resectie is afhankelijk van de plaats, de uitbreiding en het histologisch beeld van de tumor. Steeds dient echter de tumor met een ruime marge – minimaal  $1\frac{1}{2}$  cm 'gezond' weefsel – omsneden te worden, waarbij geen enkele anatomische structuur gespaard wordt. De mogelijkheden tot reconstructie van de bot- en weke delen defecten welke hierdoor ontstaan, worden besproken. Speekselkliertumoren zijn zeldzaam. Adequate behandeling vereist een speciale ervaring van een team van specialisten. In onze serie van ruim 200 patiënten werd de helft van de patiënten eerder elders inadequaat behandeld. Eén en ander maakt het wenselijk dat de behandeling van speekselkliertumoren gecentraliseerd wordt.

4. S.E.W. Engels (Vrije Universiteit, Amsterdam): 'Chirurgische prothetiek bij een speekselkliertumor van het palatum.'

*Samenvatting:*

De aard, locatie en uitbreiding van tumoren van de grote en kleine speekselklieren maakt dikwijls chirurgische verwijdering van tumor en aangrenzend weefsel noodzakelijk. Tumoren van de grote speekselklieren kunnen leiden tot resectie van delen van de tong, de mondbodem en de mandibula; tumoren van de kleine speekselklieren tot resectie van delen van het palatum en de maxilla. Indien tot resectie van een deel van het palatum of van de maxilla wordt besloten, ontstaat een defect in de scheiding tussen mondholte, sinus maxillaris en neusholte. De bezwaren van een dergelijk defect voor de patiënt hebben betrekking op de spraak, het kauwen en het slikken. Het behoort tot de taak van de prothetist in het oncologisch team tijdens de operatie zorg te dragen voor een goede afsluiting van het ontstane defect met de mogelijkheid tot fixatie van het te gebruiken huidtransplantaat en na de operatie de vervaardiging van een adequate prothetische voorziening ter revalidatie van de patiënt. De prothetische voorzieningen voor defecten in de bovenkaak worden onderscheiden in: immmediaat-, voorlopige en definitieve resectieprothesen. Het te bereiken resultaat in de afsluiting van het defect en de functie bij spreken en voedselopname is afhankelijk van de retentie en fixatie mogelijkheid van de prothese. Voor de bevestiging van de defectprothese bij betande kaken wordt gebruik gemaakt van een aan het defect aangepaste frameprothese over kronen op de resterende elementen, waarbij precisie-

verankeringen worden toegepast. Bij onbetande kaken kunnen bestaande ondersnijdingen en tijdens de operatie gevormde retentienissen worden gebruikt. Aan de hand van enkele behandelingsresultaten worden de mogelijkheden en de problemen van afdrukken van het defect en retentie van de prothese toegelicht.

5. A. V. van Gool (Rijksuniversiteit Groningen): 'Een fotografische meetmethode van de zwelling na verwijdering van onderverstandskiezen.'

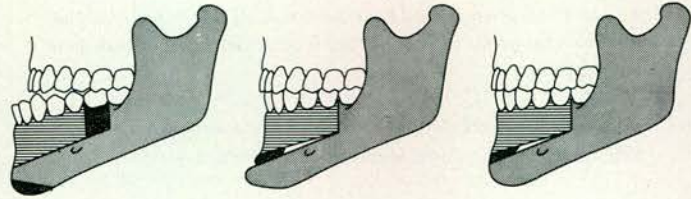
**Samenvatting:**

Het postoperatieve oedeem na verwijdering van een onderverstandskies geldt vaak als maatstaf voor de ernst van de ingreep en de werking van de medicamenten. In de literatuur wordt geen objectieve meetmethode vermeld die eenvoudig is en toegepast kan worden bij een grote groep patiënten. Met de in dit artikel beschreven methode wordt de zwelling indirect gemeten op tracings van pre- en postoperatieve foto's die op ware grootte zijn afgedrukt. De foto's worden 'en face' gestandaardiseerd genomen. Het hoofd wordt reproduceerbaar gefixeerd m.b.v. een wasbeet en twee ringen. De ene is op een tafel gemonteerd waarop ook de fotocamera is bevestigd. Aan de andere, mobiele ring is de wasbeet bevestigd. Driepuntscontact tussen beide ringen wordt elektrisch gesignaleerd, zodat de foto kan worden genomen. Het voordeel van deze methode boven een vaste verbinding tussen de beetvork en een standaard die op de tafel is gemonteerd, is dat geen verbuiging kan optreden. Uit gebruik van de methode bleek dat bij 95% van de gefotografeerde patiënten reproduceerbare foto's werden gemaakt. Bij metingen aan proefpersonen bleek de reproduceerbaarheid van de wangcontour beter dan 0.2 mm te zijn. De fout in het traceren van de foto is van dezelfde orde. De methode is niet bruikbaar voor patiënten die een baard hebben of een totale gebitsprothese dragen.

6. R. M. Berns (Katholieke Universiteit, Nijmegen): 'Chirurgische correctie van de mandibulaire prognathie: variatie op de Köhle-osteotomie.'

**Samenvatting:**

Bij de chirurgische behandeling van de mandibulaire prognathie kan een indeling worden gemaakt in 3 groepen, gebaseerd op de lokalisatie van de ingreep, t.w.:



1. osteomieën in de ramus ascendens mandibulae;
2. osteo-ectomieën in de angulus mandibulae;
3. osteo-ectomieën in het corpus mandibulae.

Uit de literatuur blijkt, dat met name bij de osteotomieën, uitgevoerd in de ramus ascendens mandibulae en bij de osteo-ectomieën in de angulus mandibulae recidieven worden gezien.

Gezocht werd derhalve naar een operatie-techniek, waarbij geen mogelijkheid tot recidief aanwezig is en die relatief eenvoudig uitvoerbaar is.

Uitgegaan werd van de techniek, beschreven door Köhle in 1959 ter correctie van een open beet in het front. Volgens deze methode wordt het ventrale alveolaire fragment van de mandibula van P<sub>1</sub> of P<sub>2</sub> gemobiliseerd en in occlusie gebracht met de maxilla. De hierdoor opgetreden diastase tussen het alveolaire fragment en het corpus mandibulae wordt overbrugd met een botspaan, verkregen van de caudale rand van de symphysis mandibulae.

De modificatie van de techniek bestaat uit extractie van de M<sub>1</sub> inferior en mobilisatie van het ventraal hiervan gelokaliseerde alveolaire fragment van de mandibulae. Dorsale en indien noodzakelijk craniale verplaatsing hiervan. Vervolgens wordt een kin-correctie uitgevoerd ter verdere correctie van de mandibulaire prognathie (zie afbeelding).

Besproken werden vervolgens 2 facetten van de operatie, n.l.,

- a. elimineren van de mogelijkheid tot recidief,
- b. het gedrag en inheling van het bottransplantaat aan de hand van x-foto's, genomen resp. 1 week, 3 maanden, 6 maanden en 12 maanden postoperatief.

Dr. I. van der Waal,  
Secretaris Ned. Ver. v.  
Mondheelkunde en Chir.  
Prothetiek.

**B I N N E N L A N D**

**KLINISCHE AVOND VOOR TANDARTSEN TE NIJMEGEN**

*Aankondiging programma 2 oktober 1975*

Op donderdag 2 oktober a.s. zal een klinische avond worden gehouden in de collegezaal van het Gebouw voor klinische tandheelkunde, Philips van Leydenlaan 25, Heyendaal te Nijmegen.

Aanvang 20.00 uur precies.

**Programma:**

Prof. Dr. K. G. König: De toekomstige rol en gestalte van de preventie als verstrekking in de tandartspraktijk.

Dr. M. J. G. Klopogge: Over de vitaliteit van de tandpulpa – enige nieuwe inzichten.

M. E. P. Moonen: Hoekopbouw zonder pinretentie.

Data volgende klinische avonden: 4 december 1975, 5 februari, 1 april en 3 juni 1976.

## KLINISCHE AVOND VOOR TANDARTSEN TE UTRECHT

Aankondiging programma 3 november 1975

Op maandag 3 november a.s. zal een klinische avond worden gehouden in de *groene* collegezaal van het Tandheelkundig Instituut, Sorbonnelaan 16, De Uithof te Utrecht.

Aanvang 20.00 uur.

Programma:

- F. J. M. Huijbregts: De klinische aspecten van de eruptie van de blijvende bovencuspidaat.  
M. M. van Kesteren: Enkele klinische aspecten van de geïmpacteerte bovenhoektand.  
G. C. H. Sanderink: De röntgenstatus, een diagnostisch hulpmiddel.

Data volgende klinische avonden: 26 januari, 3 mei en 1 november 1976.

J. G. SCHUIRINGA †

In de ouderdom van 88 jaar overleed te Utrecht op 1 augustus 1975 Mejuffrouw J. G. Schuiringa, oud-lector aan de rijksuniversiteit te Utrecht.

De Redactie is voornemens in een volgende aflevering aan de nagedachtenis van Mejuffrouw Schuiringa een 'In memoriam' te wijden.

PROF. J. G. DE BOER †

In zijn woonplaats te Epe (Gld.) is op 26 augustus 1975 Prof. J. G. de Boer, emeritus hoogleraar in de Sosiodontie aan de rijksuniversiteit te Groningen, overleden.

Het is het voornemen van de Redactie aan zijn verscheiden in de oktober-aflevering nader aandacht te schenken.

## KATHOLIEKE UNIVERSITEIT

*Symposium 'Opdent'*

Aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen werd op 16, 17 en 18 april 1975 een symposium gehouden onder de titel 'A symposium on amalgam and tooth-coloured restorative materials'.

De organisatie was in handen van de afdeling Conserverende Tandheelkunde, met medewerking van de afdeling Materiaalkunde. Tevens werden nauwe contacten onderhouden met *The Academy of Operative Dentistry*.

Drieëntwintig sprekers, overwegend uit het buitenland, hielden voordrachten over klinische en materiaalkundige aspecten van restauratiematerialen en preparatietechnieken, waarbij vooral de onderzoeksmethoden werden besproken. In het bijzonder werd aandacht geschonken aan de mogelijkheden van hechting van composieten aan glazuur.

Tijdens bijeenkomsten van kleine discussiegroepen werden biologische aspecten, pulpareacties en de behandeling van de geëxponeerde pulpa behandeld, terwijl voor deze groepen één middag was gewijd aan hetzelfde onderwerp nl. onderwijskundige ontwikkelingen.

Sprekers waren onder meer: D. Jørgensen (Kopenhagen), C. Sturdevant (V.S.), R. Going (V.S.), K. Langeland (V.S.) en A. Rowe (Londen). Door alle sprekers werd de noodzaak onderstreept het onderzoek – vooral het klinisch onderzoek – te activeren.

De gehouden voordrachten zijn inmiddels gebundeld. Voor zover de voorraad strekt zijn nog bestellingen mogelijk door overschrijving van f 25,— op bankrekening nr. 82.10.25 van de Algemene Bank Nederland te Nijmegen t.g.v. de 'Stichting Research en Techniek' (rek. nr. 53.71.19.892 met als referentie: 'Opdent verslagboek').