

de geldt voor patiënten, waarbij elke vorm van ontsteking, door verminderde weerstand of na artificiële implantaties bij vaat- en hartoperaties, een ernstige bedreiging betekent.

Sinds antibiotica kunnen worden aangewend zijn de therapeutische mogelijkheden vergroot. Een groot deel van de acute ontstekingen zal in het beginstadium worden geëlimineerd, waardoor een verder

voortschrijden wordt voorkomen. Door de moderne therapeutische mogelijkheden is de behandeling echter niet eenvoudiger geworden; zij vereist veeleer een meer gedifferentieerde diagnostiek en grotere opmerkzaamheid bij de prognostische beoordeling. Bij de chirurgische therapie blijft het 'ubi pus, ibi evacua' onverminderd gelden. Het aantonen van fluctuatie is echter lang niet altijd mogelijk. Uit

het verloop van de ontsteking zal men dan echter moeten kunnen afleiden of de aanwezigheid van pus verwacht mag worden. Het kiezen van het gunstige moment voor een extractie of een incisie is alleen mogelijk bij een gedifferentieerde diagnostiek.

Adres: Dr. Th. C. Vriezen,  
Soesterbergsestraat 126,  
Soest.

## GEBITSEXTRACTIE BIJ PATIËNTEN MET EEN ANTICOAGULANTIUM MEDICATIE

R. G. M. VAN DER VELD

Ter voorkoming van trombose bij patiënten met een hart- en/of vaatlijden, wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van anticoagulantia. Bij de profylaxe wordt de voorkeur gegeven aan anticoagulantia met een middellange werkingsduur zoals Sintrom<sup>(R)</sup> en Marcoumar<sup>(R)</sup>.

Het is gebleken, dat deze patiënten voor

extractie's naar de tandarts-kaakchirurg worden verwezen, vooral wanneer de medicatie niet gestaakt mag worden. Men acht de kaakchirurg beter in staat de eventuele complicatie's op te vangen. Na onderzoek van een groot aantal van deze patiënten is echter gebleken dat met een gestandariseerde methodiek het niet noodzakelijk is de medicatie te staken.

Hoewel de methode alleen klinisch is getest, zou zij wellicht ook goed bruikbaar kunnen zijn voor de algemene praktijk.

Adres: R. G. M. van de Veld,  
Herenweg 74,  
Zwolle.

## Sectie Preventieve tandheelkunde

### PREVENTIE – MAAR HOE?

PROF. DR. O. BACKER DIRKS (Rijksuniversiteit Utrecht)

Een belangrijk onderscheid tussen de tandheelkundige en de medische praktijk is, dat men – ook wanneer er subjectief geen afwijking is waar te nemen – 2 x per jaar naar de tandarts gaat. Een unieke kans voor de preventie; mogelijkheden, die evenwel ernstig worden aangetast door de veel te late start van deze halfjaarlijkse controles. Daar de preventie van mondziekten en van dento-maxillaire afwijkingen elders bespreking vinden zullen wij ons hier beperken tot afwijkingen van het parodontium en de tandcariës. Het voorkomen en het herstellen behoren bij elkaar. Bij het herstellen (restaureren of genezen) van de kauwfunctie en de esthetiek dient de keuze van de techniek mede bepaald te zijn door de bijdrage die zulks levert tot het behoud van het gebit op langere termijn, anderzijds lijkt het niet (meer) toelaatbaar voor te lichten over preventie zonder de oplossing voor degene die ziek is aan te bieden.

Zowel ten aanzien van de tandcariës als van de parodontiumafwijkingen zijn wij voldoende op de hoogte van de etiologie, om de weg van het algehele voorkomen of althans het in belangrijke mate terugdringen van de ziekte aan te kunnen geven. Het kernprobleem van de preventie is evenwel niet de techniek zelf, maar de

methode waarop men de techniek uitvoerbaar maakt voor de patiënt (b.v. lokale applicatie, fluoridetabletten, spoelen, minder snoepen of mondreiniging).

Bij het plannen van een actie op het gebied van de G.V.O. (Gezondheidsvoorziening en -opvoeding) moet de deskundige op het gebied van de gedragswetenschappen een belangrijke rol spelen. Steeds moet men ervan bewust zijn dat de preventie geen doel op zich is, maar moet bijdragen tot het 'zich wel bevinden' van de mens in zijn totaliteit. Zelf kunnen kiezen is hierbij essentieel.

De keuze van de preventieve techniek wordt door vele factoren beïnvloed, onder meer: de doelgroep (kan ook één persoon zijn) met al zijn variabelen (kennis, houding, sociaal-economisch milieu, leeftijd, etc.), de praktische uitvoeringsmogelijkheden zoals die onder meer bepaald zijn door het totale medische kader, het onderwijs, etc., de ter beschikking staande financiën en het organisatorische kader (regio, gemeente, kruisorganisatie, jeugd tandverzorging, e.d.).

Voor de tandcariës zijn de aangrijpingspunten om de aanval te verminderen: de bacterie-plaque en de suikers in alle voedingsmiddelen. Wat de weerstand betreft: fluoride in tand én plaque, en wellicht

vergroting kauwfunctie en sealants. Gezien de rol van de bacterie-plaque zou tandenpoetsen een belangrijk effect moeten hebben. Tandpoetsen contra plaque verwijderen. Is 'schoon' mogelijk en hoe? De noodzakelijke poetsfrequentie en wanneer. Ten aanzien van suikers is naast de verlaging van de 'snoep' frequentie, de soort suikers en de vorm waarin essentieel. Is er verschil in cariogeniteit tussen frisdranken en toffeerepen? Rol van polyolen (z.g. suikeralcoholen als sorbitol, xylitol, lycasin, etc.).

Wat fluoride betreft is de rol te onderscheiden van fluoride tijdens de vorming en tijdens de pre-eruptieve maturatie (beide dus intern via bloedbaan), en voorts na de doorbraak (dus vooral extern, m.u.v. het pulpale dentine en het cement d.w.z. ter preventie van halscariës). Beide zijn nodig.

Wat de technieken betreft is het publiek meestal redelijk tot goed op de hoogte, hoewel de mondreiniging in zijn effect meestal wordt overgewaardeerd. De kernvraag is hier meer het 'hoe' dan het 'wat'. Essentiële punten zijn: G.V.O. vroeg beginnen (tijdens zwangerschap?) en systematisch voortzetten, goede coördinatie tussen voorlichters en uitwisseling van kennis. Elke situatie vraagt eigen